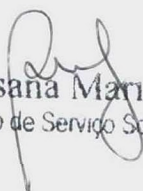


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GRASIELA DE CASTRO MOCELLIN

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DAS ESPOSAS NO TRATAMENTO DE
SEUS MARIDOS DEPENDENTES QUÍMICOS ATRAVÉS DO GRUPO DE MÚTUA-
AJUDA DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE SANTA CATARINA

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 21/03/03


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

Florianópolis

2006/2

GRASIELA DE CASTRO MOCELLIN

**A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DAS ESPOSAS NO TRATAMENTO DE
SEUS MARIDOS DEPENDENTES QUÍMICOS ATRAVÉS DO GRUPO DE MÚTUA-
AJUDA DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social, Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Orientadora: Prof^a Ms. Cleci Elisa Albiero

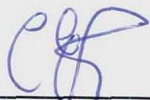
Florianópolis

2006/2

GRASIELA DE CASTRO MOCELLIN

**IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DAS ESPOSAS NO TRATAMENTO DE
SEUS MARIDOS DEPENDENTES QUÍMICOS ATRAVÉS DO GRUPO DE MÚTUA-
AJUDA DO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE SANTA CATARINA**

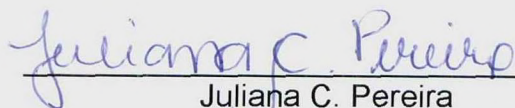
Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social, centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.



Profª Ms. Cleci Elisa Albiero – UFSC
Orientadora
Presidente da Banca



Profª Ms. Rosane Pereima – UFSC
1ª Examinadora



Juliana C. Pereira
Assistente Social HPM
2ª Examinadora

Florianópolis, março de 2007.

Dedico este estudo a todas as esposas e companheiras de Policiais Militares participantes do grupo de apoio familiar do HPM.

AGRADECIMENTOS

- A Deus por ser o meu guia nesta caminhada e também por estar presente em todos os momentos importantes de minha vida;
- Aos meus queridos pais, Aloísio e Gorete, pelo amor, carinho, atenção, dedicação, incentivo e em especial pela educação, requisito importante para o meu sucesso acadêmico;
- Ao meu irmão Fábio, pela convivência e amizade desde os primeiros anos de minha vida;
- Ao meu marido Fabiano, por todo o seu amor, carinho, amizade e companheirismo, sempre me incentivando na conquista deste sonho e me ajudando em todos os momentos;
- À minha querida prima Fabiana, pela sua felicidade contagiante e por ter me ajudado na busca de material bibliográfico;
- Aos funcionários e à Direção do Hospital da Polícia Militar, que possibilitaram a realização do estágio curricular;
- À Assistente Social Mara, pelo carinho, amizade e dedicação em minha supervisão de estágio, exemplo de profissional a ser seguido;
- À amiga e Assistente Social Juliana, pelo companheirismo, carinho e a amizade durante o período de estágio no setor de Serviço Social e por ter aceitado o convite para ser parte examinadora da banca deste trabalho;
- À Assistente Social Elizabeth e à funcionária Tânia, pelo apoio no crescimento profissional e pelo convívio tão agradável;
- A todos os integrantes do grupo de apoio familiar, por terem participado da pesquisa e pelo convívio durante o período de estágio;
- Às minhas colegas de Curso Ana Silvia, Josiane e Márcia, pelo incentivo, carinho, amizade, companheirismo e, em especial à Sabrina, com quem sempre pude contar e por quem sinto um imenso afeto;
- À Professora e Orientadora Cleci Elisa Albiero, pela orientação deste trabalho e por contribuir para minha formação acadêmica;
- À Professora Rosane Pereima, pela disponibilidade em participar da banca examinadora deste trabalho;

- Ao corpo docente do Curso de Serviço Social, pelo conhecimento transmitido durante a minha trajetória acadêmica;

Enfim, a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho...

Muito Obrigada!

*A família é um modelo universal para o viver.
Ela é a unidade de crescimento; de
experiência; de sucesso e fracasso;
Ela é também a unidade da saúde e da doença.*

Nathan Ackerman

MOCELLIN, Grasiela de Castro. **A importância da participação das esposas no tratamento de seus maridos dependentes químicos através do grupo de mútua-ajuda do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina.** Florianópolis/SC: 2006.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo principal estudar o papel desempenhado pelas famílias, mais especificamente as esposas ou companheiras, no tratamento e recuperação dos seus maridos ou companheiros dependentes químicos, através do grupo de mútua-ajuda do Hospital da Polícia Militar (HPM) de Santa Catarina. A construção deste é resultado de uma pesquisa bibliográfica e de uma pesquisa de campo, com caráter quanti-qualitativo. A pesquisa de campo foi operacionalizada através de entrevista semi-estruturada, na qual são combinadas perguntas fechadas e abertas. A amostragem desta pesquisa foi de seis esposas integrantes do grupo de mútua-ajuda familiar realizado no HPM. Os resultados evidenciam que, de uma maneira geral, os alcoolistas apresentaram um padrão comportamental bastante similar entre si, sem agressividade com a família, mas também com pouca presença em casa. Deste modo, as esposas passaram a assumir o importante papel de conduzir a casa, assumindo, além de suas atividades normais de casa e de suas atividades de trabalho fora, o controle das finanças, principalmente nos períodos de internação dos maridos. A educação dos filhos também recaiu, caracteristicamente, às esposas, as quais procuraram encaminhá-los da melhor maneira, mesmo em um ambiente familiar muito desfavorável. Por unanimidade, as esposas confirmaram que a participação no grupo de mútua-ajuda foi, e ainda é, fundamental para que possam manter e melhorar seu comportamento e ação perante o marido e a família.

Palavras-chave: alcoolismo; grupo de mútua-ajuda; família; tratamento e recuperação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 4.1 – Nível de escolaridade das esposas entrevistadas.....	65
Figura 4.2 – Faixa etária das esposas entrevistadas	66
Figura 4.3 – Tempo de vida conjugal das esposas entrevistadas	66
Figura 4.4 – Renda familiar das esposas entrevistadas.....	68
Figura 4.5 – Número de filhos das esposas entrevistadas.....	69
Figura 4.6 – Tempo de abstinência dos maridos alcoolistas.....	70
Figura 4.7 - Tempo de participação das esposas no grupo familiar	71
Quadro 3.1 – Complicações clínicas associadas ao uso crônico de álcool.....	35
Quadro 3.2 – Diferentes formas de tratamento para dependentes químicos.	43

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ABEPOM – Associação Beneficente de Policiais Militares

Al-Anon – Grupo destinado às esposas dos Alcoólicos Anônimos

Alateen – Grupo destinado aos filhos jovens dos Alcoólicos Anônimos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CECRED – Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos

CLINIPOM – Clínica de Saúde dos Policiais Militares

CODA – Co-dependentes Anônimos

CID – Código Internacional de Doenças

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

DSPS – Diretoria de Saúde e Promoção Social

HPM – Hospital da Polícia Militar

IPQ / SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

JMC – Junta Médica da Corporação

LTS – Licença para Tratamento de Saúde

PMSC – Polícia Militar de Santa Catarina

PNAD – Política Nacional Antidrogas

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ANTIDROGAS	16
2.1	Polícia Militar de Santa Catarina.....	16
2.2	Hospital da Polícia Militar.....	19
2.3	Políticas de Saúde e a Política Nacional Antidrogas	22
2.3.1	<i>A Legislação e os serviços públicos oferecidos</i>	<i>24</i>
3	ALCOOLISMO E A ABORDAGEM FAMILIAR	28
3.1	Aspectos históricos do consumo de bebidas alcoólicas.....	28
3.2	A Síndrome de Dependência do Álcool	32
3.3	A etiologia do alcoolismo.....	36
3.3.1	<i>Aspectos biológicos.....</i>	<i>37</i>
3.3.2	<i>Aspectos psicológicos.....</i>	<i>38</i>
3.3.3	<i>Aspectos socioculturais</i>	<i>39</i>
3.4	Formas de Tratamentos	42
3.4.1	<i>Ambulatorial.....</i>	<i>44</i>
3.4.2	<i>Internação.....</i>	<i>45</i>
3.4.3	<i>Grupos de mútua-ajuda.....</i>	<i>46</i>
3.5	Alcoolismo e as repercussões no ambiente familiar.....	48
3.5.1	<i>A esposa e o seu processo de co-dependência</i>	<i>52</i>
4	A PESQUISA – GRUPO DE MÚTUA-AJUDA DAS ESPOSAS DE ALCOOLISTAS DO HPM	56
4.1	O Serviço Social e sua intervenção junto ao HPM.....	56
4.2	Caracterização do campo de Estágio Curricular Obrigatório	61
4.3	Processo Metodológico.....	62
4.4	Apresentação e análise dos resultados.....	64
4.4.1	<i>Perfil das esposas entrevistadas</i>	<i>64</i>
4.4.2	<i>A influência do parentesco no consumo de álcool do indivíduo ..</i>	<i>71</i>
4.4.2.1	<i>Parentesco com casos de alcoolismo na família do marido</i>	<i>71</i>
4.4.2.2	<i>Parentesco com casos de alcoolismo na família da esposa.....</i>	<i>73</i>
4.4.3	<i>Início do uso do álcool</i>	<i>73</i>

4.4.4	<i>Relação do uso do álcool com a profissão</i>	75
4.4.5	<i>Comportamento do alcoolista antes do período de abstinência...76</i>	
4.4.6	<i>Comportamento da esposa antes do período de abstinência do marido</i>	78
4.4.7	<i>Identificação da necessidade de tratamento.....</i>	80
4.4.8	<i>O comportamento da esposa durante o período de tratamento do marido</i>	82
4.4.9	<i>Mudanças no ambiente familiar após a adesão ao tratamento</i>	83
4.4.10	<i>A influência do alcoolismo dos pais no comportamento dos filhos</i>	84
4.4.11	<i>Importância do grupo de mútua-ajuda sob a perspectiva das esposas.....</i>	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	90
	ANEXO A - Insígnias e divisas da Polícia Militar de Santa Catarina.....	98
	ANEXO B - Organograma da Polícia Militar de Santa Catarina	100
	ANEXO C – Organograma do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina....	102
	ANEXO D – Os Doze Passos e as Doze Tradições do CoDA -Codependentes Anônimos.....	104
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	107
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	109

1 INTRODUÇÃO

Toda a história da humanidade está permeada pelo consumo de álcool. Inicialmente as bebidas tinham baixo teor alcoólico, porém, com o início do processo de destilação surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas.

A partir da Revolução Industrial, registrou-se um grande aumento na oferta deste tipo de bebida, contribuindo para o maior consumo e, conseqüentemente, gerando um aumento no número de pessoas que passaram a apresentar algum tipo de problema devido ao uso excessivo de álcool.

O álcool é uma das poucas substâncias psicoativas que têm seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Entretanto, seu consumo de forma excessiva passa a ser um problema, uma vez que dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo.

Segundo Gitlow (1991) o alcoolismo é uma doença caracterizada pela ingestão repetitiva e compulsiva do álcool, de maneira a interferir em alguns aspectos da vida do indivíduo. Como qualquer outra doença o alcoolismo representa uma disfunção ou uma inadaptação às necessidades da vida cotidiana.

O alcoolismo está presente entre os dez principais problemas de saúde pública no mundo, sendo a quarta doença mais incapacitante, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (NIEL; JULIÃO, 2006).

O uso crônico de álcool pode ocasionar diversas alterações clínicas, podendo comprometer alguns órgãos e sistemas, como por exemplo, o aparelho digestivo, sistema nervoso, sistema cardiovascular, sistema reprodutivo e função sexual (NIEL; JULIÃO, 2006). A dependência do álcool também pode levar o indivíduo a ter vários problemas sociais como demonstra Bertolote (1997a), em pesquisa onde investigou a ocorrência de problemas sociais em alcoolistas internados em três hospitais de Porto Alegre. Os problemas sociais foram: problemas no ambiente de trabalho, problemas conjugais, problemas financeiros, problemas interpessoais, entre outros.

Desta forma, os problemas dos dependentes de álcool não são sofridos isoladamente. Isto por que todo alcoolista afeta outras pessoas, especialmente as que vivem mais próximas a ele. O alcoolista vai, progressivamente, sofrendo as

influências do uso do álcool, da mesma forma em que sua família também passa a ser afetada em estágios previsivelmente progressivos.

A escolha pelo tema para o presente Trabalho de Conclusão de Curso é decorrente da prática de estágio curricular obrigatório, realizado no Setor de Serviço Social do Hospital da Polícia Militar, onde pôde-se atuar diretamente nos grupos de mútua-ajuda destinados para dependentes químicos e seus familiares.

Após atuar diretamente com os participantes do Grupo, principalmente no grupo das esposas de dependentes, pôde-se sentir e conviver com os sentimentos que as famílias carregam, como culpa, frustração, medo, ansiedade, vergonha e tantos outros. Surgiu então o interesse em realizar uma pesquisa com os participantes do grupo com o objetivo principal de estudar o papel desempenhado pelas famílias, mais especificamente pelas esposas ou companheiras, no tratamento e recuperação dos seus maridos ou companheiros dependentes químicos.

Para efetivar este trabalho, foi realizado uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo, esta com caráter quanti-qualitativo. A pesquisa foi operacionalizada através da entrevista semi-estruturada, na qual são combinadas perguntas fechadas e abertas. A amostragem desta pesquisa foram seis esposas integrantes do grupo de mútua-ajuda familiar realizado no Hospital da Polícia Militar, sob coordenação da Assistente Social Mara.

Este trabalho está estruturado em três seções principais. Na primeira delas faz-se o resgate histórico sobre a Polícia Militar de Santa Catarina, com enfoque no Hospital da Polícia Militar Comandante Lara Ribas. Faz-se também uma abordagem sobre as políticas públicas nacionais de atenção aos usuários de drogas e os serviços oferecidos.

Num segundo momento, apresenta-se um panorama das questões históricas e culturais que influenciaram e ainda influenciam no consumo do álcool. Discute-se, além disso, as conseqüências do álcool para o indivíduo e a sociedade, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais presentes na dependência química, as principais formas de tratamento, bem como as repercussões do alcoolismo no ambiente familiar.

A terceira seção traz a trajetória histórica e atuação dos profissionais de Serviço Social na referida Instituição, o caminho percorrido durante o período de Estágio Curricular Obrigatório junto ao setor de Serviço Social e a criação dos grupos de mútua-ajuda. São contemplados, ainda, os processos metodológicos

empregados na pesquisa, a análise e a interpretação dos resultados da pesquisa realizada com as esposas participantes do tratamento dos seus maridos dependentes químicos.

Por fim, são apresentadas as considerações finais acerca do trabalho desenvolvido, bem como as referências bibliográficas utilizadas, anexos e apêndices.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ANTIDROGAS

Nesta primeira seção apresentaremos a Instituição Polícia Militar de Santa Catarina (PMSC), sua forma de organização e os serviços oferecidos aos funcionários da Secretária de Segurança Pública¹ e seus dependentes no Hospital da Polícia Militar (HPM). Em um segundo momento abordaremos as políticas públicas de atenção aos usuários de drogas, bem como os serviços oferecidos.

2.1 Polícia Militar de Santa Catarina

A Polícia Militar de Santa Catarina – PMSC é uma instituição fundamentada na hierarquia e na disciplina militar, que tem por obrigação a preservação da ordem pública e o policiamento ostensivo em todo o Estado. Foi criada em 5 de maio de 1835 pelo Comendador Feliciano Nunes Pires, em substituição ao corpo da Guarda Municipal de Voluntários, com o efetivo de 52 homens. Esta nova força policial surgiu com o objetivo de proporcionar um policiamento mais eficiente à população catarinense (PMSC, 2004).

De acordo com a Lei de Organização Básica (1983), são atribuições da PMSC:

- ✓ Executar o Policiamento Ostensivo, fardado, planejado pelas autoridades policiais competentes, a fim de assegurar o cumprimento da Lei, a manutenção da ordem pública e o exercício dos poderes constituídos;
- ✓ Atuar de maneira preventiva nas áreas onde se presume ser possível a perturbação da ordem e repressiva quando a perturbação já estiver consumada;
- ✓ Atender a convocação do Governador Federal, em caso de guerra externa ou para prevenir ou reprimir grave subversão da ordem ou ameaça de sua irrupção, participação igualmente da defesa interna ou territorial;
- ✓ Atender às autoridades policiais militares competentes no fornecimento da força policial, missão de honra e assistência policial militar;
- ✓ Prestar serviços de guarda nos quartéis, às sedes dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, além de manter a

¹ Os funcionários da Secretária de Segurança Pública são: Policiais Militares, Bombeiros Militares, Policiais Civis e funcionários Civis.

- segurança externa dos estabelecimentos pessoais do Estado;
- ✓ Executar as atividades do Gabinete Militar do Governador, do Vice-governador e da Secretaria de Segurança Pública;

Considerado uma categoria especial de servidores públicos estaduais, os integrantes da Polícia Militar são denominados policiais militares, os quais podem estar na ativa ou na inatividade.

Os militares da ativa são os que foram incluídos na PMSC nos seguintes casos: voluntariamente, durante os prazos a que se obrigarem a servir; os componentes da reserva remunerada, quando convocados; e os alunos do órgão de formação de policiais militares.

Fazem parte da reserva, os policiais militares que, após cumprirem seu tempo de serviço, vão para a reserva da Corporação, recebendo remuneração do Estado. No entanto, estes ficam sujeitos, ainda, à prestação de serviços na ativa, mediante convocação. Diferente daqueles que ao ser constatado algum impedimento permanente de saúde para realizar as atividades policiais militares, são reformados, ficando, assim, dispensados definitivamente da prestação de serviços na ativa, mas continuando a receber remuneração do Estado, proporcional ou integral, conforme o enquadramento jurídico de sua situação.

Atualmente, a Polícia Militar está representada por um efetivo de aproximadamente 13.000 policiais militares na ativa, distribuídos em todo Estado. Estes trabalham nos mais diferentes locais, desenvolvendo inúmeras atividades de segurança pública, tais como: Policiamento Ostensivo, Policiamento Motorizado, Policiamento Montado, Policiamento com Cães, Emergência 190, Policiamento Rodoviário, Policiamento de Proteção Ambiental, Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo, Companhia de Operações Especiais – COE, Batalhão de Operações Especiais – BOE e Policiamento de Trânsito (PMSC, 2004).

A Polícia Militar de Santa Catarina se caracteriza como uma Instituição Pública vinculada à Secretaria de Segurança Pública, mantida pelo Governo do Estado, constituindo-se um órgão de administração direta, que não gera receita e cuja autoridade máxima é a figura do Comandante Geral, atualmente representada pelo Coronel Eliésio Rodrigues.

Juridicamente, a PMSC foi efetivada como "Forças Auxiliares e Reserva do Exército", através da Constituição Federal de 16 de julho de 1934.

Conseqüentemente, as relações de poder se estabelecem de acordo com a graduação ou posto que cada pessoa ocupa. A pirâmide de pessoal está caracterizada pelas graduações de Oficiais e Praças, onde os postos hierárquicos numa escala ascendente são: a) Aspirante a oficial: 2º Tenente, 1º Tenente, Capitão, Major, Tenente-Coronel e Coronel; b) Praças: Soldado, Cabo, 3º Sargento, 2º Sargento, 1º Sargento e Sub-Tenente (ver anexo A).

Para o policial militar ser promovido, deve ser incluído no quadro de acesso por tempo de serviço e/ou quadro de acesso por merecimento, organizados pela comissão de promoções. Esses quadros são encaminhados pelo Comandante Geral ao Governador, que efetiva as promoções aos postos oficiais de acordo com o número de vagas existente.

Para atingir seu principal objetivo, a manutenção da ordem pública no Estado, a PMSC distribui seu efetivo estrategicamente em Batalhões, Guarnições Especiais, Companias, Pelotões e estes em destacamentos, cobrindo todo o território catarinense.

A estrutura organizacional da PMSC, de acordo com a Lei de Organização Básica de 1983, está constituída de Órgãos de Direção, Órgãos de Apoio e Órgãos de Execução (ver Anexo B).

Os Órgãos de Apoio assessoram o Comandante Geral nas atividades administrativas, através das seções: a) PM1 – Seção de Pessoal; b) PM2 - Seção de Informações Secretas; c) PM3 – Seção de Instruções e Operações; d) PM4 – Seção de Recursos Administrativos; e) PM5 – Relações Públicas; f) PM6 – Seção de Planejamento Orçamentário Financeiro e Administrativo; e g) Ajudância Geral.

Os Órgãos de Direção são órgãos vinculados às Diretorias de: a) ensino; b) saúde e promoção social; c) pessoal; d) apoio logístico e finanças. As diretorias são responsáveis pelo planejamento, administração e controle das “atividades-meio”, entendidas aqui, como toda e qualquer atividade que não seja operacional de Polícia Militar.

Os Órgãos de Execução dividem-se em seis grandes Comandos Regionais, aos quais estão subordinados os batalhões que executam as atividades operacionais, também referidas como “atividades-fim”. Sendo eles: a) Comando de Policiamento Metropolitano (CPMETRO): 4º Batalhão (Capital/Ilha), 7º Batalhão (Capital/continente), Companhia de Guarda (CPGd); b) Comando de Policiamento do Vale do Itajaí (CPVI): 1º Batalhão (Itajaí), 10º Batalhão (Blumenau), e 12º

Batalhão (Rio do Sul), 13º Batalhão (Balneário Camboriú); c) Comando de Policiamento do Norte (CPNO): 8º Batalhão (Joinville), 14º Batalhão (Jaraguá do Sul); d) Comando de Policiamento do Sul (CPSU): 5º Batalhão (Tubarão), 9º Batalhão (Criciúma); e) Comando de Policiamento do Planalto (CPPLA): 3º Batalhão (Canoinhas), 6º Batalhão (Lages); f) Comando de Policiamento do Oeste (CPOE): 2º Batalhão (Chapecó), 11º Batalhão (São Miguel D'oeste).

Também fazem parte dos Órgãos de Execução as Unidades Especiais: a) Grupamento Aéreo (GRAER); b) Companhia de Policiamento Rodoviário Estadual (PRE); c) Companhia de Policiamento Ambiental (CPPA); d) Batalhão de Operações Especiais (BOE); e) Batalhão de Comando de Serviço (BCSv).

Estas unidades têm seus Comandos diretamente subordinados ao Sub-comando da PMSC e possuem sub-unidades distribuídas em toda a região do Estado.

2.2 Hospital da Polícia Militar

Conforme os dados constantes nos arquivos do HPM, em 1880, mais precisamente no dia 16 de fevereiro, o Governo do Estado, preocupado com a saúde dos homens que compunham a força policial, autorizava a contratação de médicos facultativos, que diariamente deveriam comparecer ao Quartel General para uma avaliação da tropa. Se houvesse necessidade de internação os soldados eram encaminhados ao Hospital da Irmandade do Senhor dos Passos que, por sua vez, também sofria com a insuficiência de leitos para atender a toda a população (INFORMATIVO HPM, 2003).

Em julho de 1927, sendo Comandante Geral da Polícia Militar de Santa Catarina, o Coronel Pedro Lopez Vieira, foi criada uma Enfermaria Regimental. As instalações eram simples, existindo apenas doze (12) leitos, destinados mais à observação médica do que à internação hospitalar propriamente dita.

No período de 1961 a 1964, o Governador do Estado, o Exmo Sr. Celso Ramos, convidou o Coronel PM Antônio Lara Ribas para assumir o Comando Geral da PMSC. Antônio Lara Ribas aceitou a indicação para o cargo, mediante a condição de instalação de um hospital para a Polícia Militar.

Em 20 de novembro de 1963, através do Decreto nº 924, o Governador aprovou o regulamento do Hospital Comandante Lara Ribas, dando origem ao Hospital - que recebeu este nome como homenagem especial ao seu idealizador. O Hospital - localizado na Rua Major Costa, nº 221, Florianópolis - foi inaugurado em 15 de janeiro de 1964, quando o Cel. PM Antônio de Lara Ribas deixava o Comando da Corporação.

O HPM é subordinado à Diretoria de Saúde e Promoção Social (DSPS) da PMSC, órgão responsável pelo planejamento, coordenação, fiscalização e controle das atividades técnico-administrativas relativas aos serviços de saúde e assistência social. É mantido com recursos próprios e subsídios do Estado. Presta atendimento a funcionários da Secretária de Segurança Pública e seus dependentes, através do convênio Unimed, além de particulares.

Conforme Regimento Interno (1997), o Hospital Comandante Lara Ribas tem como objetivos:

- ✓ Prestar por ordem de prioridade, assistência médico-hospitalar aos policiais militares da ativa, da reserva remunerada e reformados; aos dependentes dos policiais da ativa, da reserva remunerada e reformados, caracterizados como tal no Estatuto dos Policiais Militares do Estado de Santa Catarina; aos servidores civis da Polícia Militar regidos pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Santa Catarina; e ao servidores públicos pertencentes aos órgãos que compõem a Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão e seus dependentes;
- ✓ Auxiliar na formação e aperfeiçoamento de oficiais e praças de saúde pertencentes a Polícia Militar;
- ✓ Servir de campo de estágio ao ensino superior e técnico das profissões da área de saúde e afins, quando devidamente autorizado pelo Diretor da DSPS;
- ✓ Desenvolver atividades de investigação científica e tecnológica no campo das ciências da saúde e afins.

A direção do Hospital Comandante Lara Ribas é exercida pelo Tenente Coronel Nilo José Pedrine Junior, ao qual compete como Diretor (Ver Anexo C):

- ✓ Planejar, dirigir, coordenar e fiscalizar as atividades do Centro de Estudos, Secretaria, Divisão Administrativa e Divisão Técnica;
- ✓ Expedir ordens, instrumentos de serviço e demais documentos relativos à dinâmica administrativa, dentro das normas gerais estabelecidas pela DSPS;

- ✓ Lotar e relotar funcionários civis e militares, nos diferentes setores do HPM;
- ✓ Zelar pela segurança e sigilo dos registros hospitalares, permitindo o seu acesso às pessoas devidamente autorizadas;
- ✓ Instaurar sindicância no âmbito do HPM, quando julgar necessário, comunicando, obrigatoriamente, os resultados ao Diretor da DSPS;
- ✓ Apresentar relatório anual das atividades do HPM, ao Diretor da DSPS;
- ✓ Decidir sobre os casos omissos.

A missão do HPM consiste em prestar assistência humanizada e de qualidade na área de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, para os funcionários da Segurança pública e seus dependentes.

Desde seu surgimento até o presente momento, o Hospital vem passando por inúmeras reformulações, que vão desde reformas nas suas instalações, até a ampliação de especialidades médicas, admissão de funcionários qualificados, implantação de novos e modernos serviços e procedimentos com ênfase à informatização de todo o Hospital. Cabe ressaltar mais detalhadamente algumas de suas inovações: a) Construção de uma área destinada ao solário do Hospital, que oferece aos pacientes, visitantes e funcionários, um ambiente agradável de lazer e recreação; b) Desenvolvimento de atividades com e para os funcionários do Hospital, que vão ao encontro de uma vida saudável e de qualidade; c) Terceirização dos serviços de Fisioterapia, laboratório de análises clínicas, Ultrassonografia com o intuito de melhor atender aos policiais militares e seus familiares; d) Contratação de pessoal qualificado para desenvolver a missão da farmácia hospitalar e reformar as instalações físicas a fim de adequá-las às exigências da vigilância sanitária; e) Reestruturação do ambiente da portaria na implantação de um serviço de recepção e orientação aos visitantes e atualização das informações constantes do mural indicativo do Corpo Clínico; f) Controle de Infecção Hospitalar, com a implantação de diversas atividades de prevenção; g) Implantação da área Geriátrica, com a finalidade de oferecer atendimento integral ao idoso visando uma melhor qualidade de vida para os mesmos; h) Criação de uma logomarca que expresse a missão do Hospital e auxilie no resgate da imagem desejada da Instituição; i) Edição de um informativo em formato de tablóide, com periodicidade

mensal ou bimestral, como um instrumento que torne público as ações desenvolvidas no Hospital; j) Remodelação de exploração da página do Hospital na Internet.

Atualmente o HPM oferece os seguintes serviços: internações para tratamento clínico e cirúrgico com trinta e cinco leitos, sendo oito apartamentos e quatro enfermarias, serviço de cirurgias eletivas, cirurgias gástricas, ginecológicas, bucomaxilofacial, serviço de pequenas cirurgias, serviços de pronto atendimento, laboratório de análises clínicas, raio-X, eletrocardiograma/cicloergometria, espirometria, broncoscopia; endoscopia digestiva alta e baixa, marcação de consultas informatizada, Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, serviço ambulatorial, serviço de ultra-sonografia, Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia e Nutrição (INFORMATIVO HPM, 2003).

O corpo clínico do HPM está composto por cinquenta e seis profissionais, sendo doze Oficiais Médicos. Existem à disposição dos usuários as seguintes especialidades: Alergologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Dermatologia, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Homeopatia, Neurologia, Oftalmologia; Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Urologia, Nefrologia, Coloproctologia, Proctologia, Infectologia, Oncologia, Fisioterapia, Endocrinologia, Endoscopia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular e Retossigmoidoscopia (INFORMATIVO HPM, 2003).

Ainda no mesmo espaço físico do HPM, encontra-se a Junta Médica da Corporação (JMC), composta por três médicos oficiais militares. Embora seja um serviço diretamente subordinado a DSPS e não à Direção do HPM, sua localização junto ao Hospital justifica-se pela facilidade de acesso aos prontuários médicos arquivados no Serviço de Arquivo Médico.

2.3 Políticas de Saúde e a Política Nacional Antidrogas

Entende-se por política pública o conjunto de ações e projetos (estratégias) que visam influenciar o comportamento de um grupo de indivíduos ou de toda a sociedade, de forma que as mudanças por ele geradas se convertam em bem-estar para toda a população. As políticas públicas são elaboradas pelo Poder Público, com a participação de todos os segmentos sociais envolvidos, assimilando

divergências e considerando as minorias (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006). Dessa forma, pode se afirmar que as políticas públicas são acordos éticos entre diversos setores da sociedade organizada, com a finalidade de corrigir desigualdades, melhorar a qualidade de vida e fortalecer os direitos individuais da população em geral.

Com a Constituição Federal de 1988, o Brasil teve um avanço considerável na área de saúde pública, através da Seguridade Social, que integra um conjunto de ações destinadas a assegurar direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Como indica o Capítulo II, art. 196:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação.

Com base nessa disposição constitucional foi elaborada a Lei nº 8.080, de 1990, Lei Orgânica de Saúde, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema é composto por um conjunto de unidades, serviços e ações voltadas à promoção proteção e recuperação da saúde prestados por órgãos e instituições públicas e privadas contratadas. Esta legislação apresenta também alguns princípios doutrinários: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; entre outros (SANTA CATARINA, 1999).

Segundo a Autogestão em Saúde no Brasil (2005), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Desde a sua criação, vem passando por importantes transformações, com destaque para ampliação da universalização do atendimento, decorrente principalmente do processo de descentralização de responsabilidades e recursos para estados e municípios.

Os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, vêm sendo reconhecidos como relevantes agravos à saúde pública no Brasil, relacionado-se a acidentes de trânsito e a impactos relevantes nos anos potenciais de vida perdidos por doença ou morte precoce (SOUZA, 2005). Diante desse quadro, o Ministério da Saúde vem demonstrando grande preocupação em formular políticas públicas eficientes para garantir a saúde e promover a recuperação de pessoas com

dependência química (álcool e outras drogas). Estas políticas públicas serão abordadas no item que segue.

2.3.1 A Legislação e os serviços públicos oferecidos

Com o desenvolvimento tecnológico do comércio e dos meios de transportes, as substâncias psicoativas naturais passaram a ser comercializadas e sintetizadas por grupos à margem da Lei do Estado como forma de obtenção de lucro fácil ou para o financiamento de atividades ilícitas, chegando a ponto de serem utilizadas em grande escala mundial (SUCAR).

O uso de drogas psicoativas é um importante problema de saúde pública em praticamente todo o mundo (LIMA, 1997). No Brasil, a partir da década de 70 passou a ser entendido como problema de saúde pública. Em função disto, criou-se a Lei nº 6.368/76, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica (BUCHER, 1992).

No ano de 1998 após uma reunião da Assembléia Geral das Nações Unidas, o Brasil teve uma grande conquista com a criação do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), onde aderiu-se aos “Princípios Diretivos da Redução da Demanda de Drogas” no mundo (SENAD, 2004).

Este Sistema Nacional Antidrogas foi regulamentado pelo Decreto nº 3696/00, que se orienta pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos (BRASIL, 2004a).

Neste mesmo ano, foi realizado em Brasília o Fórum Nacional Antidrogas, que apresentou a Política Nacional Antidrogas (PNAD), criada pelo Decreto nº 4.345/02. Com esta política, o Brasil avança significativamente na área de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. A mesma tem seus objetivos e diretrizes bem definidas no que refere à redução da demanda, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

No ano de 2005, o Presidente do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), no uso de suas atribuições, através da Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD, realinhou e efetivou a Política Nacional Antidrogas até então vigente.

Com relação à redução da oferta, o enfoque é dado na tentativa de diminuir todos os crimes relacionados às drogas, assim como combater a lavagem de dinheiro com o objetivo de impedir o lucro com essa atividade ilegal e que está diretamente ligada ao tráfico de drogas. No que se refere à diminuição da demanda, são objetivos da Política Nacional Antidrogas manter a sociedade brasileira informada e conscientizada a respeito do uso de substância tanto lícitas como ilícitas. Capacitar agentes em todos os seguimentos sociais para trabalhar de forma preventiva e em caráter permanente, assim como promover as modalidades terapêuticas mais eficazes, com intuito de diminuição da demanda.

As diretrizes para a prevenção também enfocam a informação e a capacitação de líderes que possam servir como agentes multiplicadores desses conhecimentos. Para que a prevenção ocorra, são necessárias parcerias e responsabilidades compartilhadas, não só com as esferas do governo, mas também com os diferentes segmentos da sociedade civil.

Referente ao tratamento, recuperação e reinserção social do indivíduo, a diretriz reconhece que tal processo compreende várias etapas e necessita de atuações eficazes com esforços contínuos e permanentes.

Também é objetivo da diretriz definir as normas mínimas de funcionamento de instituições de tratamento, recuperação e inclusão social, assim como estabelecer procedimentos de avaliação das intervenções terapêuticas para que se possa estabelecer comparações de resultados.

Cabe ressaltar que a dependência química é considerada como um transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas. Desta forma, o Ministério da Saúde organiza os serviços e ações de atenção a usuários de álcool e outras drogas baseando-se na Lei Federal nº 10.216, sancionada em 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2004b).

Para uma maior efetivação da Lei nº 10.216, o Ministério da Saúde, através da portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002, define no âmbito do SUS, normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental,

os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os CAPS voltados exclusivamente para usuários de álcool e drogas, os CAPSad.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004c).

Os CAPS são organizados tanto a partir de sua estrutura (física, profissionais, equipamentos), como também pelos usuários a que se destina, crianças, adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, pessoas com transtornos psicóticos e neuroses graves. Eles podem ser divididos em CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad.

O CAPSad é destinado exclusivamente a pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas. O atendimento a esses pacientes permite o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Esta rede se baseia em serviços comunitários apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades do público alvo (BRASIL, 2004c).

Os CAPSad tem como objetivos:

- ✓ Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
- ✓ Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- ✓ Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
- ✓ Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
- ✓ Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- ✓ Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
- ✓ Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;

- ✓ Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2004b, p. 34).

Cabe ressaltar que o CAPSad vem sendo implantado de maneira muito lenta, uma vez que este atendimento não está formalizado na maioria das cidades brasileiras. No Estado de Santa Catarina, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, estão presentes somente nos municípios de Blumenau, Jaraguá do Sul e Joinville (SANTA CATARINA, 2004).

3 ALCOOLISMO E A ABORDAGEM FAMILIAR

Nesta segunda seção será apresentado um resgate histórico do consumo de bebidas alcoólicas, as consequências do álcool para o indivíduo e a sociedade, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais presentes na dependência química, as principais formas de tratamento, bem como as repercussões do alcoolismo no ambiente familiar.

3.1 Aspectos históricos do consumo de bebidas alcoólicas

Na terminologia química, os álcoois constituem um numeroso grupo de compostos orgânicos derivados de hidrocarbonetos que contém um ou mais grupos de hidroxila (-OH). O etanol (ou álcool etílico, C_2H_5OH) é um dos membros dessa classe de compostos, e é o principal ingrediente psicoativo das bebidas alcoólicas. O termo “álcool” também é usado para referir-se a bebidas alcoólicas (BERTOLOTE, 2006).

Os historiadores afirmam que, assim como outras substâncias psicoativas, o uso do álcool é tão antigo quanto a existência das próprias civilizações. Citações históricas revelam tanto o uso habitual do álcool sem causar distúrbios comportamentais, quanto seu uso problemático em diferentes povos e períodos históricos (NIEL; JULIÃO, 2006).

O *Pithecantropus Erectus*, ou mesmo seu ancestral Antropóide, possivelmente já ingeria pequenas quantidades de álcool através dos sucos de frutas maduras caídas das árvores, fermentados pela ação do calor solar e na presença de fermentos aerotransportados. Na natureza, na presença de açúcar, água, fermento e calor, pode ocorrer fermentação e a conseqüente formação de álcool (FORTES, 1991a).

O *Homo Erectus*, há aproximadamente 250.000 anos, provavelmente ingeria ocasionalmente alguma bebida alcoólica, por exemplo, o absinto². Da mesma forma, um consumo alimentar regular nos períodos paleolíticos tardios (30.000 a.C.) provavelmente também ocorreu. A partir do período neolítico (8.000 a 10.000 a.C.)

² Bebida alcoólica esverdeada preparada de losna, anis e outras plantas aromáticas.

sabe-se, com certeza, que havia consumo de bebidas alcoólicas. (SANTO-DOMINGO, 1982 apud FORTES, 1991a).

No século XIII a.C., um médico de Constantinopla, Mohamed Rhase, também afirmava que o uso do álcool poderia provocar delírio, paralisia de membros do corpo, paralisia da voz e morte súbita (ELKIS, 1991).

Na Bíblia existem várias alusões à cultura da uva e ao consumo do vinho, ilustrando inclusive exemplos de embriaguez, entre eles a de Noé. Descreve ainda casos de consumos de bebidas alcoólicas em diferentes níveis, em situações que nos parâmetros atuais poderiam ser consideradas de alcoolismo (FORTES, 1991a).

A primeira bebida alcoólica preparada pelo homem em larga escala foi provavelmente a cerveja, que era proveniente da cultura do arroz na Índia, ou da cevada no velho Egito. Na América do Sul, o hábito de beber teria sido principalmente uma herança do significativo desenvolvimento agrícola dos povos Maias (FORTES, 1991a).

O álcool ao longo da história tem tido múltiplas funções, além de ser um dos componentes presentes em acompanhamentos nos ritos alimentares dos povos, destaca-se, também, atuando como veículo de remédios, perfumes e poções mágicas (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Por volta de 1.250 d.C., houve a introdução da destilação, que permitia a produção de bebidas com teor alcoólico superior a 50%. Isto contribuiu para o aumento da disponibilidade de bebidas alcoólicas, o que não implicou decréscimo nos custos das mesmas, estando estas fora do alcance da maioria das pessoas até 1.500 d.C. (LONGENECKER, 1998 apud OLIVEIRA, 2000).

O início do consumo de álcool no Brasil também é descrito por Fortes (1991a, p. 7):

No Brasil, os primeiros portugueses que aqui chegaram, logo se depararam com o cauim, do tupi ka'wi, bebida fermentada preparada pelos índios a partir da mandioca cozida ou de sucos de frutos, como o caju ou o milho, mastigados e depois misturados e postos a ferver em vasilhame especial de cerâmica que, posteriormente, enterravam no chão por alguns dias. Hans Staden, que aqui esteve em meados de 1500, foi aprisionado pelos tupinambás e, em seus relatos, fez várias referências ao cauim, ingerido em festas belicosas ou religiosas, nas quais muitos deles se embriagavam e cometiam atos desatinados. Léry, que visitou o Brasil em 1557, assinala que a preparação do cauim constituía atribuição exclusiva das mulheres e que os tupinambás só se embriagavam nas grandes comemorações, não ingerindo bebidas por ocasião das refeições.

A partir da Revolução Industrial, que provocou grandes concentrações urbanas, registrou-se um grande aumento na oferta de bebidas alcoólicas, contribuindo para um maior consumo, e conseqüentemente gerando um aumento no número de pessoas que passaram a apresentar algum tipo de problema devido ao uso excessivo de álcool (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O termo alcoolismo foi empregado pela primeira vez em 1849, pelo Médico Sueco, Magnus Hus, através do conceito “Alcoolismo Crônico”, estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (BERTOLOTE, 1997a). Até então empregava-se o termo bebedeira, que era conotado e atribuído às classes menos favorecidas pelos que detinham o poder (PADEIRO; CRAVIDÃO, 2005).

Em 1882, o norte americano J. E. Todd fez referência ao alcoolismo como um vício, caracterizando também como “fraqueza moral”, ao invés de considerá-lo uma doença (NIEL; JULIÃO, 2006).

O alcoolismo foi incluído em 1893 na Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito (CID), da Organização Mundial da Saúde, na seção II como doença constitucional, no sentido geral, que afeta o organismo como um todo (BERTOLOTE, 1997a).

Algum tempo depois, nos Estados Unidos, surge uma preocupação entre as autoridades políticas com o uso problemático do álcool. Em função disto medidas coercitivas foram estudadas, e conseqüentemente implantada a Lei Seca, que culminou com a proibição da fabricação e do uso de álcool no período de 1919 a 1932 (OLIVEIRA, 2000). Esta proibição acabou por favorecer o contrabando, a fraude, a corrupção e o crime. Destilava-se nas firmas, nos ateliês, nas usinas e nas fábricas a ponto de produtos mais nocivos serem consumidos. A situação tornou-se insustentável e o presidente Franklin D. Roosevelt revogou a lei (FORTES, 1991b).

Logo em seguida, em 1935, ainda nos Estados Unidos, foi fundado os Alcoólicos Anônimos (AA), propondo o tratamento para o alcoolismo por intermédio da participação do indivíduo em grupos de mútua-ajuda. Essa abordagem terapêutica acompanhou o período de transição do conceito moral, predominante na maioria dos países, para o conceito de doença introduzido nesta época. Hoje o AA está presente em praticamente todo o mundo, contando com aproximadamente 10 mil grupos e mais de 2 milhões de membros (EDWARDS, 2005).

Na quarta revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 4), de 1938, o alcoolismo deixa de ser considerado uma doença geral e passa a ser considerado uma doença mental (BERTOLOTE, 1997a).

Em 1940, o pesquisador norte americano Jellinek divulgou sua definição de alcoólatra:

Alcoólatras são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega a ponto de acarretar-lhes perturbações mentais evidentes, manifestações afetando a saúde física e mental, suas reações individuais, seu comportamento sócio-econômico ou pródromos de perturbações desse gênero e que, por isso necessitam de tratamento (FORTES 1991b, p. 19).

Já no ano de 1960, Jellinek divulgou suas reflexões sobre o alcoolismo como uma doença e propunha uma divisão dos seus portadores de acordo com uma tipologia classificando-os em cinco espécies:

- ✓ *Alcoolismo alfa*: dependência psicológica do efeito do álcool, visando aliviar desconforto corporal ou emocional;
- ✓ *Alcoolismo beta*: presença de complicações, tais como polineuropatia, gastrite, cirrose hepática, sem dependência física ou psicológica;
- ✓ *Alcoolismo gama*: maior tolerância adquirida dos tecidos ao álcool, adaptação do metabolismo celular, sintomas de abstinência e necessidade de beber, isto é, dependência física e perda de controle;
- ✓ *Alcoolismo delta*: dependência física, mas pouco ou nenhum sintoma. É o alcoolismo dos grandes bebedores de vinho ou cerveja;
- ✓ *Alcoolismo epsilon*: periódico com períodos de abstinência intercalado com grande consumo de bebida alcoólica (ELKIS, 1991).

Na oitava revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 8), de 1968, a dependência do álcool apresentava-se como um estado de dependência física e emocional com períodos de consumo pesado e incontrolável, nos quais a pessoa experimentava uma compulsão para ingerir álcool e sintomas de abstinência quando cessava o consumo (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

No ano de 1976, Edward e Gross não falam mais em alcoolismo, mas propõem o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, onde está

caracterizado por um conjunto de sintomas repetitivos e incapacitantes (NIEL; JULIÃO 2006).

A versão de Síndrome de Dependência do Álcool utilizada pelo pesquisador Edward é a que mais se aproxima do conceito atual e foi fonte do novo conceito da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais – DSM (RAMOS; WOITOWITZ, 2004).

3.2 A Síndrome de Dependência do Álcool

Como se pode perceber através da evolução histórica do álcool, a identificação dos problemas relacionados ao uso foi gradativamente ganhando importância na área médica e na área da saúde pública. Desta forma, em 1976 o grupo de pesquisa da Organização Mundial de Saúde se dedicou a estudos e definições de transtornos relacionados ao consumo do álcool (BABOR, 1994).

De acordo com Bertolotte (1997a, p. 22), o conceito Síndrome de Dependência do Álcool utilizado na CID 10:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos ou comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância, (álcool neste caso), ou de uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que ocorre com indivíduos não-dependentes.

Segundo Niel e Julião (2006), a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) define os critérios para diagnosticar a dependência, sendo necessário se observar três ou mais dos seguintes requisitos que tenham sido vivenciados pelo indivíduo por algum tempo durante os últimos doze meses.

- ✓ Forte desejo ou compulsão para o consumo da substância;
- ✓ Dificuldade para controlar o comportamento de consumir a substância, no que diz respeito ao início, término e quantidade;

- ✓ Surgimento do estado da síndrome de abstinência e necessidade de uso da mesma substância para aliviar seus sintomas;
- ✓ Aumento de tolerância, ou seja, doses maiores da substância são necessárias, para que se alcance o resultado obtido anteriormente com doses menores;
- ✓ Abandono progressivo das atividades que geram prazer, em favor do uso da substância, assim como aumento de tempo necessário para fazer uso de substância ou se recuperar de seus efeitos;
- ✓ Persistência no uso, mesmo que conseqüências nocivas sejam evidentes, como transtornos físicos, mentais ou sociais.

Conforme Bertolote (1997a), a Síndrome de Dependência Alcoólica seria um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber, onde as razões pelas quais o indivíduo começou a beber adicionam-se àquelas relacionadas à dependência. O autor nos descreve, ainda, essa doença, baseando-se em sete sinais:

- ✓ *Empobrecimento do repertório de ingestão* – No que diz respeito em termos de bebida preferida, da quantidade, da freqüência, das ocasiões de ingestão, até mesmo das companhias com quem se bebe;
- ✓ *Relevância da bebida* – dificuldade em obter gratificações de outras fontes que não sejam as de bebidas alcoólicas. O indivíduo passa a organizar sua vida em função da bebida, ou seja, organizando seus trajetos e definindo seus compromissos em função da existência ou não da bebida;
- ✓ *Aumento da tolerância ao álcool* – aumento da quantidade de bebida para ter a mesma sensação de prazer obtida anteriormente com menores quantidades. Nesta fase pode ocorrer também o surgimento da tolerância cruzada do álcool em relação a outras drogas, principalmente barbitúricos e as benzodiazepinas;
- ✓ *Sintomas repetitivos de abstinência* – se caracteriza pela presença de tremores, náuseas, sudorese, alterações de humor, entre outros. Estes sinais se manifestam na maioria das vezes no período da manhã e desaparecem com a ingestão de bebida alcoólica. A

ocorrência desses sintomas é uma tentativa de readaptação do organismo à ausência do álcool. É importante observar que nesta fase também podem ocorrer convulsões e delírios;

- ✓ *Alívio ou esquiva dos sintomas de abstinência* – o indivíduo passa a apresentar o comportamento de beber, com o objetivo de aliviar o desconforto da abstinência que ainda nem se manifestou;
- ✓ *Percepção subjetiva da compulsão de beber* – a compulsão é definida como um ato executado contra a vontade ativa do sujeito, apesar do reconhecimento do seu caráter absurdo. Mais do que perda do controle, a compulsão seria quase que uma desistência do controle. A pessoa tem a percepção de não ter mais controle, de estar presa à substância;
- ✓ *Reinstalação rápida da tolerância após quebra da abstinência* – o quadro de tolerância, que na maioria das vezes demora anos para se instalar, pode se reinstalar com surpreendente rapidez em pacientes que voltam a beber, mesmo após anos de abstinência.

Fortes (1991c) acrescenta mais um fenômeno característico que facilita o diagnóstico do alcoolismo, sendo comum entre homens e mulheres: a negação. O indivíduo nega que faz uso de álcool e, quando o faz, é em quantidades desprezíveis, ou seja, alega que bebe apenas o quanto quer beber e que pode parar de beber no momento em que decidir. Embora este já se encontra gravemente comprometido pelo uso regular do álcool.

A Síndrome de Abstinência Alcoólica constitui também uma complicação do alcoolismo, conforme define Pietro (2006, p. 149):

Um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e o curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo.

Podemos também classificar a Síndrome de Abstinência Alcoólica conforme a gravidade dos sintomas que se apresentam cerca de 24 a 36 horas após a última dose (BERTOLOTE, 1997a).

- ✓ *Leve* – quando apresenta sinais neurovegetativos, como tremores e sudorese, e sintomas subjetivos de pouca gravidade;
- ✓ *Moderada* – quando apresenta, além dos sintomas anteriores, sinais e sintomas digestivos, como náuseas e vômitos;
- ✓ *Grave* – quando apresenta sinais evidentes de comprometimento do sistema nervoso central, como delírio, alucinações e convulsões.

O consumo excessivo de álcool ainda traz diversos danos ao organismo, sendo que as alterações clínicas são variadas podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo humano, conforme descrita no Quadro 3.1.

Órgãos e Sistemas	Complicações
Aparelho Digestivo	Gastrite e úlcera péptica; Pancreatite; Hepatite e maior risco de manifestação das Hepatites virais; Esteatose e cirrose hepática; Câncer; Taxas aumentadas de neoplasias do trato digestivo; Redução da ação protetora do revestimento mucoso das vias pulmonares e digestivas e decréscimo na resposta imunológica do organismo.
Sistema Nervoso	Neuropatia periférica; Transtornos mentais orgânicos temporários ou permanentes; Incoordenação motora permanente; Risco aumentado de acidente vascular cerebral do tipo hemorrágico; Demência alcoólica.
Sistema Cardiovascular	Miocardiopatias; Hipertensão arterial sistêmica; Dislipidemias; O álcool pode diminuir os sinais dolorosos de alerta enquanto aumenta a lesão cardíaca potencial ou a isquemia em pacientes com angina.
Sistema Hematológico	Anemia megaloblástica, provavelmente relacionada à deficiência de ácido fólico; Leucopenia; Produção reduzida dos fatores da coagulação e plaquetas; As diminuições em vários aspectos do sistema imunológico podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade a tuberculose, infecções bacterianas e neoplasias.
Sistema Reprodutório e Função Sexual	Redução na produção do esperma; Redução na produção e defeitos na mobilidade do esperma; Produção reduzida de testosterona e impotência nos homens; Irregularidade menstruais nas mulheres; Aumento da prevalência de abortos espontâneos.

Quadro 3.1 – Complicações clínicas associadas ao uso crônico de álcool.

Fonte: Niel; Julião (2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), além das múltiplas repercussões na saúde do seres humanos, a Síndrome de Dependência Alcoólica

também se apresenta em diversos graus e formas. A CID 10 traz a classificação F10 – Transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de álcool, com as seguintes subdivisões:

- ✓ F10. 0 – Intoxicação aguda
- ✓ F10. 1 – Uso nocivo
- ✓ F10. 2 – Síndrome de dependência
- ✓ F10. 3 – Estado de abstinência
- ✓ F10. 4 – Estado de abstinência com *delirium*
- ✓ F10. 5 – Transtornos psicóticos
- ✓ F10. 6 – Síndrome de amnésia
- ✓ F10. 7 – Transtorno psicótico residual e de início tardio
- ✓ F10. 8 – Outros transtornos mentais e de comportamento
- ✓ F10. 9 – Transtorno mental e de comportamento não-especificado

3.3 A etiologia³ do alcoolismo

O conceito etiológico de dependência de substâncias psicoativas evoluiu inicialmente de uma visão moralista, que considerava o uso abusivo de álcool decorrente de um desvio de caráter, para uma visão médica do problema, o qual afirma que o uso de substância seria um distúrbio com base orgânica (FORMIGONI; QUADROS, 2006).

A dependência do álcool se manifesta de maneira muito agressiva no comportamento do indivíduo, dependendo da dose, da frequência e do uso inadequado, pode trazer várias consequências tanto em nível orgânico, como psicológico e social (FORMIGONI; MONTEIRO, 1997).

Vários pesquisadores tentam explicar, através de seus estudos, a causa da dependência levando em conta a forma como o indivíduo se comporta em seu processo ativo de dependência. As teorias que procuram responder a estas questões estão voltadas para os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, como será destacado a seguir.

³ Conjunto de fatores que contribuem para ocorrência de uma doença ou estado anormal.

3.3.1 Aspectos biológicos

Os fatores biológicos falam do quanto as influências hereditárias podem ser determinantes no desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com Schuckit (1991), a influência genética se manifesta na forma de metabolização da substância psicoativa pelo corpo. O alcoolismo provoca uma alteração progressiva na metabolização do etanol e este fato pode ser transmitido geneticamente. Sendo assim, filhos de alcoolistas podem herdar uma capacidade de metabolizar o álcool diferente dos filhos de não alcoolistas.

Os estudos em família vêm demonstrando com segurança a agregação familiar do alcoolismo, encontrando aumento de três a quatro vezes no predomínio de alcoolismo em parentes de primeiro grau de alcoolistas (MESSAS, 1999).

Vaillant (1999), autor de um estudo longitudinal na área das dependências, também afirma que apesar de fatores culturais serem bastante relevantes no desenvolvimento do alcoolismo, observa-se uma importante herança familiar no desenvolvimento desta condição.

Segundo Frota-Pessoa (1991), o pesquisador Cotton, fez uma revisão de 39 trabalhos selecionados de 90 e encontrou que 27% dos pais e 4,9% das mães dos alcoolistas estudados eram também alcoolistas, em contraste com apenas 5,2% dos pais e 1,2% das mães de não alcoolistas. Em uma outra pesquisa realizada pelo pesquisador Vaillant, onde este acompanhou universitários desde os 18 anos até completarem 60 anos, foi encontrado três vezes mais alcoolistas, 26% entre os 46 indivíduos que tinham dois ou mais parentes que apresentavam abuso de álcool contra 9% entre 158 que não tinham parentes com esse hábito.

Apesar de importantes estudos apontarem para influência genética nos casos de alcoolismo, o pesquisador Vaillant realizou um estudo para distinguir possíveis influências genéticas do meio ambiente. Foram selecionados 52 indivíduos que tinham três ou mais ancestrais que apresentam abuso do álcool, entretanto pais não apresentavam a síndrome de dependência alcoólica. Os resultados apontaram que entre eles 29% eram alcoolistas. Por outro lado os 213 indivíduos selecionados que não tinham nenhum parente com abuso de álcool, 14% eram alcoolistas. Como os ancestrais que tinham abuso de álcool não conviviam no mesmo ambiente dos indivíduos estudados, é possível afirmar que a influência genética reflita mais do que a ambiental (FROTA-PESSOA, 1991).

Muitos estudos genéticos também foram realizados comparando-se dados obtidos em pares de gêmeos monozigóticos (geneticamente idênticos), com os gêmeos dizigóticos (geneticamente diferentes), de meio-irmãos e adotados (FORMIGONI; QUADROS, 2006).

Formigoni e Monteiro (1997), apresentam estudos epidemiológicos realizados com gêmeos, onde foi comparada a frequência de alcoolismo entre gêmeos idênticos e diferentes. O trabalho parte da hipótese de que gêmeos dizigóticos podem diferir entre si pelo ambiente e pela genética, já os gêmeos monozigóticos somente pelo ambiente, pois possuem carga genética idêntica. Partindo do pressuposto de que a influência do ambiente para gêmeos monozigóticos ou dizigóticos fosse semelhante, há maior concordância de alcoolismo entre gêmeos geneticamente idênticos do que entre diferentes.

O mesmo pode ser constatado em um estudo com filhos de alcoolistas que com eles não conviveram por terem sido adotados logo ao nascer por casais não alcoolistas. Foram estudados 105 homens com idades de 23 a 45 anos, 50 deles os pais não eram alcoolistas e os 55 restantes, o pai ou a mãe já havia sido internado pelo menos uma vez por problemas com o uso do álcool. Nas entrevistas realizadas com os 105 homens, os resultados mostraram que os que tinham pais biológicos alcoolistas apresentaram frequência significativamente mais elevada do que os demais (FROTA-PESSOA, 1991).

3.3.2 Aspectos psicológicos

Os aspectos psicológicos indicam se características de personalidade facilitam o uso, o abuso e a progressão do processo de dependência.

Segundo Edwards (2005) foram formuladas várias teorias psicológicas acerca do comportamento de beber, das quais podem-se destacar três temas principais. O primeiro diz respeito às teorias psicodinâmicas, que vêem no ato de ingerir substâncias alcoólicas o resultado de experiências e relacionamentos precoces. No segundo, as teorias cognitiva e comportamental explicam o ato de beber como um comportamento inadequado que foi adquirido. E por último, correntes que postulam que certas personalidades são particularmente vulneráveis,

dessa forma apresentando maior tendência ao uso do álcool para lidar com estresse, ansiedade, depressão, entre outros problemas.

Uma vez que a abordagem do tipo cognitiva-comportamental, discutida por Formigoni e Monteiro (1997), entendem a dependência do álcool como um hábito adquirido, considera-o, portanto, passível de modificação para sua correção. Neste processo, assume uma fundamental importância o conhecimento dos estímulos desencadeadores do desvio comportamental, denominados situações de risco, os fatores que contribuem para a sua perpetuação, denominados fatores de reforçamento e a função do álcool na vida do indivíduo, por exemplo, na redução da ansiedade, facilitação da integração social, entre outros.

Formigoni e Quadros (2006) mencionam o estresse como um dos fatores desencadeadores do consumo de álcool. O estresse pode ser entendido como um fator de risco que aumenta a propensão para diferentes doenças e transtornos psiquiátricos, incluindo a dependência química. O estresse crônico, ou seja, a constante exposição a eventos e situações causadores de estresse geraria uma pré-disposição e aumentaria a vulnerabilidade para o abuso de substâncias psicoativas. Em pacientes em fase de recuperação, o estresse é uma importante causa de recaídas.

Fatores de personalidade também têm sido fonte de estudo de pesquisadores. Comportamentos problemáticos na adolescência, considerados como parte de um estilo de personalidade descontrolada, impulsiva e em busca de sensações, têm sido relacionados com o consumo excessivo de álcool. No entanto, os estudos feitos não apresentaram resultados conclusivos no sentido de identificar um determinado tipo de personalidade própria do dependente de álcool. As características psicológicas comuns observadas entre dependentes de álcool não seriam as causadoras do comportamento compulsivo, mas seriam resultantes do próprio uso do álcool (FORMIGONI; MONTEIRO, 1997).

3.3.3 Aspectos socioculturais

Os aspectos socioculturais indicam em que medida o meio, práticas e valores culturais podem influenciar na aquisição e no desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas.

Existem fortes evidências de que fatores interpessoais, como a influência do grupo social e da família, exercem papel importante na determinação do padrão de uso do álcool. Categorias tipo sexo, religião, idade, grupos étnicos e grau de urbanização são fatores determinantes no padrão de consumo de bebidas alcoólicas (FORMIGONI; MONTEIRO, 1997).

Em algumas culturas, como a muçulmana e a hinduísta, a taxa de alcoolismo é muito baixa, na medida em que a restrição ao consumo de álcool é bastante respeitada pela população (VAILLANT, 1999).

Formigoni e Monteiro (1997) destacam também a existência de culturas que ensinam as crianças a beberem responsavelmente, seguindo rituais pré-estabelecidos de onde, quando e como beber. Em função disso registram-se menos taxas de uso abusivo de álcool quando comparada com outras culturas que apenas proíbem as crianças de ingerirem bebidas alcoólicas.

O autor Edwards (2005), da mesma forma, está de acordo que a proibição do uso do álcool pode estimular o consumo, ao citar como exemplo a cultura americana durante o período de “lei seca”. Na vigência da lei, usar álcool passou a ser um ato revolucionário, desencadeando uma série de problemas para a sociedade americana, que registrou naquela época uma das maiores taxas de consumo de álcool da sua história.

Outro importante elemento das culturas é a prática religiosa, onde o álcool está presente na Consagração da Missa Romana, Santa Ceia, dos ritos Protestantes, da Cerimônia do Shabbat e do recebimento de certos orixás do Candomblé e do Umbanda (BERTOLOTE, 1997b).

A cultura também pode influenciar na maneira como as pessoas se comportam quando embriagadas. Deste modo, o comportamento durante o período de embriaguez pode ser determinado não apenas por fatores biológicos, mas também pelas expectativas sociais e culturais de como as pessoas agem ao beberem (EDWARDS, 2005).

Vaillant (1999), falando da influência familiar, acrescenta que o alcoolismo parental pode causar dor emocional e distúrbios psicológicos em crianças, filhos de alcoolistas. Diz que é possível que algumas dessas crianças possam espelhar-se em seus pais, conclui ainda que, a estrutura familiar dos alcoolistas é claramente distorcida de modo a facilitar o abuso do álcool.

Neste mesmo sentido Edwards (2005, p. 32) também aborda a influência familiar:

A “cultura” familiar pode ser outro importante determinante do ato de beber. Além das influências genéticas, parece provável que os filhos “herdam” dos pais padrões de beber excessivos, assimilando esse comportamento, bem como valores ou crenças a ele relacionados. Entretanto, nem todos os pais que bebem exageradamente têm filhos que o fazem. Quando os rituais familiares (que incluem tradições de família, formas de celebrar ocasiões especiais e rotinas diárias) não são prejudicados pelo beber dos pais ou quando os filhos adultos deliberadamente estabelecem novos rituais ao se casarem, parece que o “alcooolismo” tem menor probabilidade de ser transmitido à nova geração.

O fator socioeconômico também é entendido como um elemento sociocultural de influência marcante no consumo de bebidas alcoólicas. Do ponto de vista de oferta e demanda, Edwards (2005) faz uma análise da relação diretamente proporcional existente entre a oferta de álcool e o seu consumo, o que se verifica no âmbito local, nacional e internacional. De modo semelhante, comenta que variáveis que tendam a reduzir o preço real das bebidas alcoólicas, tendem a aumentar seu consumo. Desta forma, pode-se entender que dentre os principais fatores que influenciam o consumo *per capita* de álcool em uma população, encontram-se variáveis de controle do Estado, através de taxação, leis de patentes e acordos comerciais, sendo estes, fatores que podem apresentar forte impacto no nível de consumo de álcool.

Em se tratando do ambiente ocupacional, existe uma grande variação do comportamento de beber, assim como dos problemas associados ao mesmo. Como por exemplo, é possível que novos empregados de uma indústria de bebidas já tenham o hábito de consumirem bebidas alcoólicas em excesso, porém, com o passar do tempo este consumo tende a aumentar significativamente. Além de um ambiente de trabalho que tem acesso facilitado ao álcool, existem outros fatores ligados à ocupação profissional que podem contribuir para o desenvolvimento do alcoolismo, entre eles, incluem-se o freqüente ausentar-se de casa, a falta de monitoramento, longas e irregulares horas de trabalho, as pressões sociais e de grupo e o grande estresse ou problemas no trabalho (EDWARDS, 2005).

No caso da profissão do Policial Militar, a atividade e o meio em que interagem apresentam-se, muitas vezes, como fatores desencadeantes de problemas de saúde. Ou seja, as pressões internas e externas às quais estão

submetidos como a crescente violência urbana, a falta de condições adequadas para o trabalho, a convivência constante com a morte, o relacionamento interpessoal ditado pela hierarquia e a disciplina, a grande expectativa da sociedade em relação ao seu trabalho, horas e escalas de trabalho excessiva, dentre outros, acabam refletindo-se com grande impacto podendo resultar vários casos de dependência química.

3.4 Formas de Tratamentos

A partir do momento em que se passou a entender o consumo de álcool e drogas como um padrão de comportamento cuja gravidade varia com o tempo e a quantidade de substância ingerida, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, surgiu a necessidade de organizar serviços que atendessem aos usuários em seus diferentes estágios e que considerassem também sua reabilitação psicossocial e qualidade de vida (RIBEIRO, 2004).

O tratamento da dependência química é considerado complexo e seu resultado e qualidade dependem do grau de motivação e comprometimento por parte do indivíduo. O tratamento destina-se também à família do dependente químico, pois assim como o usuário de substâncias psicoativas, a família também adocece e, portanto, necessita de ajuda de profissionais especializados para desenvolver a capacidade de enfrentar os problemas causados pela dependência química (PFLEGER, 2005).

Há um grande número de profissionais diretamente envolvidos no tratamento da dependência química, tais como Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Psicoterapeutas. Independentemente da complexidade ou do tipo de tratamento escolhido, é essencial que o tratamento seja visto no contexto da multidisciplinariedade (EDWARDS, 2005).

O principal objetivo do tratamento deve ser conscientizar o dependente químico de que é portador da Síndrome de Dependência Alcoólica, e que se faz necessário realizar um tratamento adequado (PFLEGER, 2005).

Apesar de alguns tipos de tratamento serem normalmente mais conhecidos e tradicionais, estes podem apresentar de diferentes formas, tal como apresentado no Quadro 3.2.

Formas de tratamento	
Atenção primária	Refere-se à oferta de cuidados médicos não especializados, proporcionados por um médico e uma equipe variável de profissionais de áreas como psicologia, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional e outras disciplinas.
Equipes de atendimento comunitário	Fazem avaliações domiciliares, proporcionam aconselhamentos breves e de longo prazo, prevenção à recaída, tratamento cognitivo-comportamental, psicoterapia individual e grupal, farmacoterapia e desintoxicação.
Centros especializados no tratamento	Refere-se a locais com uma equipe multidisciplinar, com ou sem unidade de internação, um centro dia, uma clínica ambulatorial e possivelmente com uma equipe de atendimento comunitário.
Modelo residencial de reabilitação	Refere-se a locais que trabalham com abordagem de comunidade terapêutica, vendo o aconselhamento ou a psicoterapia como uma parte importante do processo de reabilitação.
Grupos de mútua-ajuda	Refere-se a um ambiente onde os usuários de substâncias psicoativas socializam entre si os problemas causados pelo uso de substâncias na vida de cada indivíduo.
Hospitais gerais	Não há tratamento especializado, mas são detectados problemas relacionados ao consumo de álcool em quase todas as especialidades.
Hospitais psiquiátricos	Em muitos locais não existe instituição especializada na internação de pacientes com problemas com álcool, desta forma a internação ocorre em enfermarias psiquiátricas.
Sistema de Justiça criminal	Refere a forma de tratamento como alternativa à punição, tratamento imposto pela justiça e tratamento no sistema prisional.
Local de trabalho	Podem dispor de serviços para ajudar os empregados identificados como portadores de problemas com substâncias psicoativas.

Quadro 3.2 – Diferentes formas de tratamento para dependentes químicos.

Fonte: Edwards (2005).

Cada um dos tratamentos possui vantagens e desvantagens na prestação de auxílio ao dependente químico, desta forma não há um serviço melhor do que o outro, mas sim tratamentos indicados para cada tipo de paciente (EDWARDS, 2005).

As formas de tratamentos mais utilizadas pela equipe de profissionais do Hospital da Polícia Militar para tratar pessoas com dependência de substâncias

psicoativas são: ambulatorial, internação e grupos de mútua-ajuda, como será abordado em seguida.

3.4.1 Ambulatorial

De acordo com Cruz (2006) o tratamento ambulatorial é definido como as intervenções oferecidas quando o paciente não permanece no período da noite. Este tratamento procura tratar a pessoa sem retirá-la do ambiente no qual ela vive e nem afastá-la das tarefas do dia-a-dia.

Segundo Shulman e O'Connor (1991) o tratamento ambulatorial é indicado para o paciente que está vivendo em ambiente seguro e estável, que está motivado a realizar o tratamento e não possui história de recaída em tratamentos anteriores.

É importante que a família do paciente se envolva no tratamento, recebendo orientações de como se portar frente à problemática, pois, inconscientemente, suas atitudes podem provocar a recaída do paciente (SHULMAN; O'CONNOR, 1991).

Finney e Cols (1996 apud CRUZ, 2006) destacam as razões para o tratamento ambulatorial:

- ✓ Facilidade de avaliar os antecedentes ambientais, cognitivos e emocionais das situações decorrentes do uso do álcool;
- ✓ Permitir que o paciente crie suas estratégias para lidar com situações do dia-a-dia, enquanto recebe suporte especializado;
- ✓ Mobilizar recurso de apoio do ambiente natural do paciente;
- ✓ Custo de tratamento mais acessível do que a internação.

No Hospital da Polícia Militar os tratamentos ambulatoriais aos quais os pacientes são encaminhados consistem em consultas e avaliações periódicas com Médicos Psiquiatras, bem como psicoterapia individual e grupal com acompanhamento e orientação de Psicólogos, Psiquiatras e Assistentes Sociais. O tratamento ambulatorial no HPM compreende ainda orientações aos familiares e aos pacientes, atividade esta que é realizada pela equipe do Serviço Social. Nas situações em que o paciente reside no interior do Estado, o tratamento de psicoterapia grupal é realizado na própria localidade de residência, nos grupos de

Alcoólicos Anônimos existentes, sendo que os demais tratamentos permanecem centralizados no HPM.

3.4.2 Internação

O tratamento sob internação se refere às intervenções terapêuticas oferecidas em um local onde o paciente permanece 24 horas por dia, ou seja, encontra-se afastado do convívio familiar, social e do ambiente de trabalho (CRUZ, 2006).

De acordo com Del Sant e Ramos (1991), o tratamento de internação é indicado para pessoas que, além do desejo de alcançar a abstinência absoluta, possuem complicações psiquiátricas decorrentes do uso do álcool, tais como *delirium* da abstinência alcoólica, quadros depressivos severos, psicoses alcoólicas e síndromes cerebrais orgânicas por quadros infecciosos, traumáticos e nutricionais.

Os principais objetivos de uma internação para um dependente químico são evitar o contato com substâncias alcoólicas, diagnosticar complicações orgânicas decorrentes do uso de álcool e mobilizar o paciente e seus familiares no sentido de encarar o alcoolismo como distúrbio de repercussões biopsicossociais (DEL SANTE; RAMOS, 1991).

O período de internação pode variar de alguns dias até seis meses, dependendo da necessidade do paciente. Preferencialmente, a internação deve se restringir ao período de crise e ser o mais breve possível. Conforme apontado por Cruz (2006), o período deve ser de aproximadamente 15 dias, justificando-se nos casos de intoxicação e abstinência.

A internação para tratamento de dependência química pode ocorrer em hospitais psiquiátricos, clínicas especializadas, hospitais gerais e comunidades terapêuticas.

O Hospital da Polícia Militar não possui infra-estrutura para tratamento de internação de dependência química, e em função disto os Policiais Militares que necessitam de internação geralmente são encaminhados para estabelecimentos como:

- ✓ Instituto São José: clínica especializada em psiquiatria, que dispõe de uma unidade para tratamento a dependentes químicos, atendendo em esfera privada e pública. Está localizado no centro de São José - SC;
- ✓ IPQ / SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina: hospital especializado em psiquiatria, dispõe de uma unidade para tratamento hospitalar a dependentes químicos e pertence à rede pública de saúde. Localizado em São José – SC;
- ✓ CECRED – Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos: está localizado no Hospital Santa Tereza de Dermatologia Sanitária, em São Pedro de Alcântara – SC. Pertence à rede pública de saúde;
- ✓ Clínica Belvedere: especializada em psiquiatria, dispõe de uma unidade de tratamento para dependentes químicos e seus familiares, os quais atende na esfera privada. Está localizada no Hospital de Caridade, no centro de Florianópolis – SC;
- ✓ Clínica Olimpo: especializada em psiquiatria, dispõe de uma unidade de tratamento para dependentes químicos e atende na esfera privada. Está localizada em São Pedro de Alcântara – SC.

Cabe ainda ressaltar que a internação compreende uma pequena parte do tratamento e não deve ser utilizada como único recurso de tratamento (LACKS; PITTA, 2006).

3.4.3 Grupos de mútua-ajuda

Os grupos de mútua-ajuda são grupos, em sua maioria organizados por ex-dependentes, que têm como base a troca de experiências e o aconselhamento. Estes grupos geralmente não seguem nenhuma teoria específica, porém são extremamente eficientes, pois trabalham com relatos de experiências vividas por outros dependentes que, desta forma, percebem o seu problema de uma outra maneira (UNIAD, 2006).

A mais antiga forma de tratamento de grupo para os alcoolistas é o programa dos Alcoólicos Anônimos. Desde sua formação nos Estados Unidos em 1935, por dois dependentes de álcool, vem crescendo muito (EDWARDS, 2005). No Brasil o primeiro AA foi fundado em 1948 no Rio de Janeiro (GAMBARINI, 1997).

Alcoólicos Anônimos é uma irmandade mundial de homens e mulheres que se ajudam mutuamente a manter sua sobriedade e que se dispõem a compartilhar livremente sua experiência de recuperação com qualquer um que tenha problema com o álcool. O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber (CARDO; BERNIK, 1991, p. 304).

A pessoa que faz parte do AA é muito valorizada pelos companheiros, pela decisão tomada de parar de beber. O alcoolista tem a capacidade de enxergar em outros companheiros aspectos conhecidos como medo, idéias, reações, angústias, entre outros sentimentos (GAMBARINI, 1997).

O grupo de mútua-ajuda dos Alcoólicos Anônimos utiliza uma programação, os chamados 12 passos, que pode adquirir diferentes significados para cada um dos participantes (CARDO; BERNIK, 1991).

Para dar assistência às famílias, o AA criou grupos que promovem encontros orientados para o tratamento da co-dependência⁴, os grupos de Al-Anon e Alateen. Os grupos de Al-Anon destinam-se as pessoas, mais especificamente as esposas, que tiveram suas vidas alteradas devido ao uso ou abuso de álcool por outra pessoa de sua família. Os grupos de Alateen têm como objetivo principal atender aos filhos que convivem com pais alcoolistas (EDWARDS, 2005).

Bettarello, Brasiliano e Fortes (1991, p. 294) apresentam algumas vantagens do tratamento de grupo que pode contribuir para a recuperação do dependente químico.

- ✓ A identificação recíproca entre os componentes do grupo é facilitada pelo fato de compartilharem experiências semelhantes;
- ✓ Ao não se sentir discriminado, o paciente pode falar mais livremente sobre seus problemas com o uso do álcool;
- ✓ Mesmo pacientes mais calados podem beneficiar-se, pois "seu problema" está sendo abordado no grupo, sem que ele precise desempenhar seu papel ativo;
- ✓ Pacientes mais antigos podem servir de modelo positivo para os iniciantes;
- ✓ A atitude normativa do grupo sobre seus componentes funciona ao menos em fases iniciais do tratamento, como forma de

⁴ A definição do termo Co-dependência será abordada neste mesmo capítulo no Item 3.5.1.

controle, ainda que externo, sobre as condutas adictivas do paciente.

É importante mencionar que embora o AA seja o grupo de mútua-ajuda mais conhecido para pessoas com problemas com álcool, outros grupos estão disponíveis em âmbito local. Como por exemplo, no Reino Unido, há um grupo específico para médicos e dentistas (EDWARDS, 2005). De modo similar, no HPM existem grupos para Policiais Militares e seus familiares, conforme será abordado mais a frente.

3.5 Alcoolismo e as repercussões no ambiente familiar

Os problemas dos dependentes de substâncias psicoativas não são sofridos por eles isoladamente. Isto porque o alcoolista afeta diretamente a vida de outras pessoas, mais especificamente as que vivem próximas a ele, ou seja, seus familiares (RAMOS; PIRES, 1997).

O alcoolismo, dentro de uma família, traz uma grande dose de estresse, transformando-se rapidamente numa doença de todo o grupo familiar. De acordo com Krestan e Bepko (1995), as conseqüências variam de perturbações no funcionamento profissional, conflitos e infidelidade conjugal, problemas no desempenho escolar dos filhos, depressão, isolamento social, uso e abuso de remédios para combater a ansiedade e distúrbios físicos.

Steinglass (1998 apud ROSSATO; ZUSE 2000) diferencia a “família alcoolista” da “família com um membro alcoólico”. A “família alcoolista” consiste naquela que mantém seu modo de vida em função do membro alcoolista, alterando seu comportamento, sua rotina e o modo de interação entre os indivíduos. Já a “família com um membro alcoólico” se caracteriza por ter um membro usuário de álcool e manter seu funcionamento, sua rotina, horários e regras independente deste indivíduo.

De acordo com Ballone (2006) o impacto causado pelo alcoolismo no ambiente familiar pode ser descrito por quatro estágios.

- ✓ Na primeira etapa ocorre o mecanismo de negação, onde os familiares negam a existência de problemas, quando na verdade

ocorre tensão e desentendimento e as pessoas deixam de falar sobre o que realmente sentem e acreditam;

- ✓ Na segunda etapa a família demonstra muita preocupação com o uso de substância alcoólica, bem como as suas conseqüências físicas, emocionais, no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso e abuso de álcool instauram um clima de segredo familiar. De forma implícita ou explícita fazem um acordo. A regra é não falar, não se discute o assunto na tentativa de ignorar que o uso do álcool é o causador de muitos dos problemas da família;
- ✓ Na terceira etapa ocorre uma grande desorganização no ambiente familiar. Os membros da família assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus, e deste modo o alcoolista perde a oportunidade de perceber as conseqüências do uso abusivo do álcool. Nesta fase também é comum ocorrer a inversão dos papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades da casa em decorrência do alcoolismo do marido;
- ✓ Na quarta etapa podem ocorrer graves crises no ambiente familiar, com sérios distúrbios de comportamento e de saúde em todos os membros, a chamada exaustão emocional. Nesta fase a situação fica insustentável, levando o afastamento emocional completo em casa ou separação conjugal, podendo ocorrer também suicídio ou homicídio.

É importante destacar, ainda, que embora tais estágios definam um padrão de evolução e impacto das substâncias sobre o ambiente familiar, não se pode afirmar que o processo será o mesmo em todas as famílias, pois cada qual reage de acordo com seus valores, cultura, compreensão e recursos para lidar com o problema do alcoolismo.

Com a evolução da doença, a família experimenta todos os tipos de sentimentos, como a raiva, ressentimento, vergonha, culpa, solidão, medo,

impotência, entre outros. A doença vai afetando severamente o ambiente familiar (ROSSATO; ZUSE, 2000).

Na família em que um dos membros é alcoolista, é muito comum que ocorra a negação, que pode se iniciar em forma de mentira por parte do alcoolista, como por exemplo, “Não, eu não bebo”, “Só tomei uns golinhos”, “Não fui à festa onde todos estavam bebendo, eu estava na casa de um amigo”. No entanto, a negação não é exclusiva do alcoolista, pois os demais familiares como cônjuges e filhos escondem o alcoolista. Eles se preocupam que o relatório médico, onde foi diagnosticado a doença, possa chegar às mãos dos empregadores. Eles mentem para parentes e vizinhos, como por exemplo, “Não, meu marido não bebe”, “Sim claro ele bebeu, mas isto não é um problema”, “Meu marido bebe socialmente” (KRESTAN; BEPKO, 1994). A família apresenta um exterior enganosamente normal à sociedade, fechando-se protetoramente ao redor do alcoolismo. O medo de mudança e de exposição é muito superior à dor de continuar vivendo com o familiar alcoolista (BISSEL, 1991).

Outro efeito negativo do alcoolismo no ambiente familiar é o alcoolismo paterno, que nas crianças pequenas pode roubar a sua infância. Uma das funções da família é a de garantir a segurança emocional e física da criança e um ambiente onde os filhos possam desenvolver suas tarefas mais simples. Porém o alcoolismo distorce os processos e os papéis familiares (KRESTAN; BEPKO, 1995).

Segundo Knight (1991), o alcoolismo paterno pode causar algumas situações perturbadoras na vida dos filhos, tais como:

- ✓ A mudança ou a inversão dos papéis parentais. Muitas vezes quando o pai alcoolista está bebendo, o filho assume papéis parentais;
- ✓ Pouco afeto, apoio e segurança por parte do pai alcoolista podem provocar um grande impacto sobre o senso de segurança e auto-estima dos filhos. O alcoolista, que com frequência é gentil, atencioso, afetuoso quando está sóbrio, pode se tornar cruel ou ausente quando embriagado. A mãe, reagindo às oscilações de humor do seu marido alcoolista, pode acabar reproduzindo a falta de cuidado, de atenção e de interesse por seus filhos;
- ✓ A mãe fica perturbada, pois se sente injusta com seus filhos. Esta mãe está obcecada com o beber do cônjuge, solitária e frustrada por não ter suas necessidades pessoais no relacionamento conjugal. É

portanto, incapaz de preencher as necessidades emocionais dos filhos;

- ✓ Isolamento social progressivo da família e uma sensação de alienação pessoal. Os filhos param de trazer seus amigos em casa por causa do embaraço e a humilhação que possam sentir quando a visita se depara com o pai embriagado. À medida em que a família se volta para si mesma e se alimenta dos problemas, os filhos são isolados do apoio e do carinho de seus pais.

Como se pode perceber, são inúmeras as repercussões do alcoolismo no ambiente familiar, e existe uma tendência dos familiares em se sentirem culpados e envergonhados por vivenciarem esta situação. Muitas vezes, devido a estes sentimentos, a família demora muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional, o que corrobora para agravar o desfecho do caso. A família precisa conhecer e se conscientizar dos mecanismos que regem seu relacionamento com o membro alcoolista, bem como passar por um processo de autoconhecimento e fortalecimento de sua auto-estima.

De acordo com Ballone (2006) a *American Society of Addiction Medicine*⁵ propõe três fases para o tratamento de famílias de dependentes químicos, sendo que o nível de intervenção varia de acordo com a meta de tratamento estabelecida, bem como com as necessidades de cada família.

A primeira fase tem como objetivo principal fazer com que o alcoolista alcance a abstinência. Deste modo é importante que as pessoas envolvidas assumam a responsabilidade sobre seus comportamentos e sentimentos. É importante que todos tenham seus papéis bem definidos para quebrar o círculo repetitivo do funcionamento familiar de antes, e assim auxiliar o dependente na sua recuperação.

Na segunda fase, o objetivo consiste em evitar a recaída do alcoolista. A família precisa entender como a doença do alcoolismo funciona a fim de evitar a recaída. Nesta fase é importante também retomar rituais familiares. Caso a família encontre um certo grau de dificuldade, é necessário o encaminhamento para uma psicoterapia familiar especializada.

⁵ Sociedade Americana de Medicina de Dependências.

Já a terceira fase, tem como meta trabalhar e aumentar a intimidade do casal no plano emocional e sexual, pois em muitos casos, mesmo após a cessação do consumo do álcool, os relacionamentos conjugais continuam desgastados. Nesta fase, a participação do casal é fundamental.

Além da subdivisão do processo de tratamento em fases, pode-se classificar o tratamento em diferentes modalidades. Figlie (2004) destaca quatro modalidades de tratamentos para familiares que têm problemas com a dependência química.

- ✓ Grupo de Pares – neste grupo os familiares são distribuídos em diferentes grupos como de dependentes químicos, pais, mães, cônjuges, filhos. Essa interação entre pares é facilitadora de mudanças, uma vez que escutar de um par não é a mesma coisa que escutar de um profissional;
- ✓ Grupos multifamiliares – consiste em encontros de famílias que compartilham a mesma problemática, onde se permite um rico espaço de trocas com a finalidade de solucionar problemas familiares;
- ✓ Psicoterapia de casal – neste tipo de terapia o casal pode ser atendido em grupo ou individualmente, conforme a necessidade pessoal de cada um;
- ✓ Psicoterapia familiar – nesta abordagem se reúne a família juntamente com o dependente químico.

É importante destacar, ainda, que o problema da dependência química que acaba afetando os membros da família resulta num processo que podemos chamar de co-dependência, o qual será abordado no item seguinte.

3.5.1 A esposa e o seu processo de co-dependência

O termo co-dependência surgiu para descrever a relação conturbada entre a esposa e seu marido alcoolista. Existem indicações de que evolui do termo co-alcoólatra, por volta do final da década de 70 e início de 80, quando o alcoolismo e a

dependência a outras drogas começaram a ser denominados de dependências químicas (HUMBERG, 2003).

Neste sentido, o termo co-dependência é definido por Zampieri (2004 apud PETRY, 2005, p. 67).

A co-dependência refere-se à pessoa que convive de forma direta com alguém que apresenta alguma dependência química e, em especial, o álcool. E, por extensão, às pessoas que por qualquer outro motivo crônico viveram uma prolongada relação parentalizada na família de origem, assumindo precocemente responsabilidades inadequadas para a idade e o contexto cultural. Caracteriza-se por um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, a fim de sobreviver ao se encontrarem sob grande estresse ou intensa e prolongada dor.

Os co-dependentes são pessoas visivelmente afetadas emocionalmente, e na maior parte das vezes, até fisicamente, pela convivência com dependente químico. Essas pessoas têm grande dificuldade em pedir e aceitar ajuda (VIANA, 2004).

Algumas pessoas que se descobriram co-dependentes criaram um grupo de mútua-ajuda chamado de Co-Dependentes Anônimos (CODA). O CODA foi fundado no Estados Unidos, mas hoje há grupos espalhados por todas as partes do mundo, inclusive no Estado de Santa Catarina. A co-dependência pelo CODA é definida como “a inabilidade de manter e nutrir relacionamentos saudáveis com outros e consigo mesmo”. Os doze passos do CODA foram adaptados dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos (Ver ANEXO D).

Segundo o grupo CODA (2007) na co-dependência não existe relacionamento com discussão direta dos problemas, expressão aberta dos sentimentos e pensamentos, comunicação honesta e franca, expectativas realistas, individualidade, confiança nos outros e em si mesmo.

De acordo com Ballone (2006), a co-dependência se expressa normalmente em cônjuges ou companheiras (os), que vivem em função do alcoolista, fazendo desta obsessão a razão de suas vidas, sentindo-se úteis e com objetivos apenas quando estão diante do dependente e de seus problemas.

Na co-dependência se expressa um conjunto de padrões de conduta e pensamentos que, além de compulsivos, produzem sofrimentos. O co-dependente exerce uma grande proteção inconscientemente sobre a outra pessoa e com isso

acaba prejudicando e agravando o problema da dependência química (BALLONE, 2006).

O quadro da dependência química apresenta tendência aos co-dependentes em procurarem para suas relações outros dependentes, formando assim um ciclo de co-dependência nas gerações (STEIN, 2005).

O autor Edwards (1987) também faz referência ao casamento com pessoas alcoolistas. Diz que a esposa de fato deseja um marido alcoolista e que muitas dessas esposas tiveram pai alcoolista e se casam com um alcoolista esperando reeditar seus problemas não resolvidos.

A separação conjugal também se faz presente na vida do alcoolista de forma significativa. Segundo Krestan e Bepko (1995), o divórcio ocorre com maior frequência, não quando o alcoolista está ativo, e sim quando este já atingiu os primeiros estágios de abstinência.

As esposas adotam estilos diferenciados no enfrentamento do alcoolismo de seus maridos ou companheiros. De acordo com Edwards (1987), estes estilos podem ser classificados em:

- ✓ Subterfúgio ou afastamento – o contato entre a esposa e o marido é minimizado e não existe confronto durante os episódios de alcoolismo;
- ✓ Ataque – existe, por parte da esposa, uma tentativa de controle do comportamento do marido através de brigas, ameaças de abandoná-lo ou até mesmo com agressão física;
- ✓ Manipulação – a esposa tem comportamento de envergonhar-se de seu marido, pelo seu modo de ingerir bebidas alcoólicas exagerado e assim evidenciando seu desconforto como esposa ou acentuando o sofrimento dos filhos;
- ✓ Mimo – a esposa cuida do marido durante suas ressacas, mantém sempre as refeições aquecidas para ele, quer que ele chegue sóbrio ou embriagado, e faz promessa de lhe conceder benefícios caso haja melhora do seu comportamento;
- ✓ Condução construtiva – a esposa conserva seu próprio sentimento de auto-estima. Protege e cuida da família, certifica-se das condições em que encontram as finanças e, se necessário, procura um emprego. Essa esposa cuida da saúde emocional e da vida prática

da sua família, de forma a minimizar os efeitos do uso abusivo de bebidas alcoólicas por parte de seu marido ou companheiro;

- ✓ Busca de ajuda construtiva – pode ser caracterizada pelo comportamento de procura do médico da família, pedindo-lhe que discuta com o marido sobre essa situação. Buscar conhecer grupos de mútua-ajuda, para si mesma e para seu marido, ou seja, procura conhecer melhor o problema que o marido enfrenta e, a partir desse conhecimento, poder desenvolver formas mais eficazes de ajuda.

O autor enfatiza que os estilos citados acima nem sempre ocorrem exatamente como descrito e que é possível que ocorram mais de um estilo de enfrentamento ao mesmo tempo.

4 A PESQUISA – GRUPO DE MÚTUA-AJUDA DAS ESPOSAS DE ALCOOLISTAS DO HPM

Nesta seção apresenta-se o caminho percorrido durante o período de estágio curricular obrigatório junto ao setor de Serviço Social do HPM, bem como as principais atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais neste setor. Será apresentado, também, a criação dos grupos de mútua-ajuda pelo Serviço Social e, por fim, análise e interpretação dos resultados da pesquisa.

4.1 O Serviço Social e sua intervenção junto ao HPM

O Serviço Social da Polícia Militar de Santa Catarina surgiu através do decreto nº 7.743, de 31 de março de 1979, no item XVI, do artigo 67, com a colaboração de duas Assistentes Sociais. Hoje se encontra subordinado a DSPS, órgão de direção setorial, encarregado de planejar, coordenar, fiscalizar e controlar as atividades técnicas administrativas relativas aos serviços de saúde e assistência social, conforme mencionado anteriormente.

Os profissionais de Serviço Social que atuam na PMSC têm diferentes vínculos e atuam em locais diversos, porém, guardadas as particularidades locais, desenvolvem projetos similares, tendo por base a Diretriz de Ação Administrativa de Serviço Social da Corporação. Estes profissionais estão distribuídos da seguinte maneira: doze Assistentes Sociais lotados na Associação Beneficente dos Militares Estaduais de Santa Catarina (ABEPOM⁶), nas Cidades de Florianópolis, Tubarão, Chapecó, Blumenau, Joinville, Lages, Criciúma, Jaraguá do Sul, Joaçaba, São Miguel do Oeste e Itajaí; três Assistentes Sociais lotados pelo Estado de Santa Catarina, nas Cidades de Florianópolis e Chapecó.

⁶ A ABEPOM é uma entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, autonomia financeira e estatuto próprio. Foi fundada em 1993 e tem por finalidade promover o bem estar social dos associados, sob a forma de benefícios e serviços; atuar igualmente na área de educação, desde que exista disponibilidade financeira para tal; colaborar com a Polícia Militar e com o Corpo de Bombeiros Militar na elaboração e consecução da política de proteção à saúde e promoção social (ABEPOM, 2005, p. 02). A ABEPOM disponibiliza em algumas cidades do Estado a Clínica de Saúde dos Policiais Militares (CLINIPOM), que presta atendimentos de Odontologia, Psicologia, Assistência Social, Fonoaudiologia, Psicopedagogia, Assistência Jurídica e Assistência Médica.

O objetivo do Serviço Social na Corporação Militar, de acordo com a Diretriz de Ação Administrativa 002/1991, é de intervir na realidade social da corporação em todos os níveis das relações sociais, visando apoiar e estimular o desenvolvimento das potencialidades de seus integrantes em todas as suas perspectivas, individual, grupal e comunitária, com vistas à plena realização pessoal, profissional e social.

Atualmente, o Serviço Social do Hospital da Polícia Militar dispõe de um grupo formado por três Assistentes Sociais. Este setor, dentro de sua prática profissional, observa, no dia-a-dia da realidade hospitalar, a existência de atividades descritas como funções de orientação, encaminhamento e acompanhamento em problemáticas bio-psico-sociais e econômicas. Ainda, com relação às atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no HPM, destaca-se:

- ✓ *Atendimento socioeconômico* – Orientação quanto às desorganizações no orçamento doméstico, dificuldades para obtenção de recursos para o custeio de consultas, exames e tratamentos de saúde e problemas habitacionais;
- ✓ *Atendimento sócio familiar* - Orientação quanto a problemas de relacionamento entre casais, pais e filhos e outros;
- ✓ *Atendimento psicossocial* – Orientação, internação e acompanhamento a dependentes químicos e pacientes com problemas de saúde mental;
- ✓ *Atendimento sócio jurídico* – Orientação quanto aos encaminhamentos de questões judiciais, sejam familiares ou funcionais;
- ✓ *Na área da saúde* - Encaminhamento para consultas, exames, cirurgias e internações, acompanhamento aos policiais e seus dependentes que vêm do interior do Estado para tratamento de saúde em Florianópolis, encaminhamentos para recursos disponíveis em outras instituições, acompanhamento aos pacientes internados no HPM, orientações relativas aos direitos previdenciários, bem como aos recursos disponíveis na corporação;
- ✓ *Questões funcionais* - Readaptação funcional (interna e externa), acompanhamento de Licença para Tratamento de Saúde (LTS), movimentações e reformas, preparação para a reserva, acompanhamento de transferências, intermediação junto ao comando

das Unidades Operacionais com vistas a solução de conflitos funcionais;

- ✓ *Triagem socioeconômica Creche Polícia Militar* – realiza a triagem socioeconômica da Creche da Polícia Militar do Centro de Ensino. As famílias são selecionadas por ordem de prioridade: policial feminina, policial masculina, composição familiar, renda e tempo de serviço.

Além dos citados, os profissionais de Serviço Social dividem-se entre as atividades ligadas às áreas de ensino e pesquisa. A exemplo, podemos citar a participação como instrutoras nos cursos de formação e aperfeiçoamento dos policiais militares, ministrando disciplinas relativas ao desenvolvimento social da tropa (gerenciamento do estresse profissional).

As Assistentes Sociais atuam também em parceria com a Junta Médica da Corporação, que solicita com frequência estudos sociais ao Serviço Social a fim de auxiliar no processo de Licença para Tratamento de Saúde e aposentadoria, bem como nos casos de readaptação funcional e transferência dos policiais militares para outras Unidades Operacionais.

Realizam-se ainda algumas abordagens grupais, destinadas a policiais militares e seus familiares.

O Serviço Social, ao longo de suas intervenções profissionais, se deparou com várias questões ligadas à dependência química. Partindo dessa problemática na Corporação Militar, no ano de 1997, uma equipe interdisciplinar que atuava no Hospital criou um grupo de mútua-ajuda para os policiais militares, visando estruturar um programa de prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas.

Este grupo tem o objetivo de orientar os dependentes químicos (álcool e outras drogas) a manter o processo de abstinência, esclarecer como se processa organicamente a dependência química e estimular a percepção dos participantes sobre a importância de cada indivíduo no contexto social, familiar e profissional.

Paralelamente a este grupo funciona outro para dependentes químicos, sob coordenação técnica de um Médico Psiquiatra e apoio técnico de uma Assistente Social. Este grupo é destinado principalmente para os policiais militares que residem no interior do Estado de Santa Catarina.

Conscientes que a participação da família no processo de recuperação do dependente químico é fundamental, a equipe técnica, especialmente a profissional

de Serviço Social considerou ser essencial envolver os familiares dos dependentes químicos no processo de recuperação dos mesmos, através de abordagem grupal. Sendo assim, no início do ano de 2002, a equipe interdisciplinar deu início às atividades do grupo de apoio e suporte familiar com as esposas ou companheiras de policiais militares dependentes químicos.

O grupo familiar tem por finalidade desenvolver um trabalho educativo, através de atividades de educação em saúde, especialmente voltadas para a prevenção e informação sobre a dependência química, além de tentar identificar as conseqüências que esta doença pode causar no convívio familiar.

De acordo com Mito (2000), o assistente social contribui para promover ações na direção da construção, reconstrução e preservação da autonomia das famílias, sendo um processo para identificar as dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças para contribuir junto com elas, o que leva a melhoria de qualidade de vida.

Segundo Lima (2004) as ações do Serviço Social são norteadas pelo eixo sócio-assistencial, sendo que fazem parte desse processo quatro categorias de ações: ações periciais, ações sócio-emergenciais, ações sócio-terapêuticas e sócio-educativas. O eixo sócio-assistencial também caracteriza a intervenção dos profissionais de Serviço Social do HPM, pois sua atuação está orientada para intervenção direta com o usuário, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis, como será relacionado a seguir.

- ✓ As ações periciais são definidas como ações que têm como objetivo elaborar parecer social que, por sua vez, subsidiará a decisão de outrem (juizes, por exemplo) (LIMA, 2004). Nesta ação podemos identificar no Serviço Social do HPM estudos sociais e pareceres sociais que auxiliam as inspeções de saúde da JMC.
- ✓ As ações sócio-emergenciais são aquelas desenvolvidas para atender às demandas que se revestem por um caráter de emergências, que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgências das famílias (LIMA, 2004). Sendo assim, os Assistentes Sociais realizam os mais diversos encaminhamentos e orientações no campo sócio econômico, familiar, psicosocial e sócio jurídico.

- ✓ As ações sócio-terapêuticas são aquelas ações desenvolvidas diante de situações de sofrimento individual ou grupal. Estão voltadas para as situações sintomáticas que se manifestam através dos membros das famílias (dependência química, doenças mentais e físicas) (LIMA, 2004). Podemos identificar nesta ação as abordagens grupais realizadas pelo setor de Serviço Social do HPM com familiares e dependentes químicos.
- ✓ Ações sócio-educativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda do usuário (LIMA, 2004). As ações sócio-educativas realizadas pelos Assistentes Sociais nesta instituição referem-se à participação como instrutoras nos cursos de formação e aperfeiçoamento dos policiais militares, e demais atendimentos sociais.

Uma ferramenta que os profissionais do Serviço Social do HPM adotam diariamente em seu processo de trabalho é o Código de Ética do Assistente Social⁷. Neste sentido Iamamoto (2000) pontua que:

O Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, deslocados do processo social. Afirma, como valor ético central, o compromisso com a nossa parceria inseparável, a liberdade. Implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o que tem repercussões efetivas nas formas de realização do trabalho profissional e nos rumos a ele impressos (IAMAMOTO, 2000, p. 77).

As Assistentes Sociais do HPM também estão inseridas no campo de pesquisa e projetos, que foram sendo realizados ao longo dos anos: Pesquisa para delimitação do Perfil Sócio-econômico da PMSC – 1982; Pesquisa sobre a relação dos policiais militares com os menores de rua – 1986; Pesquisa para a delimitação dos níveis de estresse junto ao Socorristas do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina – 1995; Programa de prevenção e recuperação de dependentes químicos – 1997; Pesquisa de Clima Organizacional dos Policiais Militares da Capital – 2004; Pesquisa dos afastamentos por problemas de saúde registrados na JMC – 1998 a

⁷ Código de Ética aprovado em 13 de março de 1993 pela resolução CFESS nº 273/93.

2005; Projeto de Estruturação do Serviço de atenção integral ao Idoso no HPM – 2005.

Iamamoto (2000) salienta que a pesquisa ocupa um papel fundamental na atuação profissional do Assistente Social. A autora menciona que o domínio do teórico-metodológico obtido pelo assistente social através de sua formação universitária é um elemento fundamental para a sua eficaz atuação prática, porém, não é suficiente. Para tal, necessita recolher informações da realidade social em constante evolução, processo este que se dá através da pesquisa. Desta forma, este profissional passa a ter os elementos essenciais para uma atuação eficaz, vinculando conhecimento teórico à prática profissional.

Diante do exposto, no item seguinte será descrita a experiência de estágio curricular obrigatório que possibilitou a realização da pesquisa.

4.2 Caracterização do campo de Estágio Curricular Obrigatório

O Estágio Curricular Obrigatório ocorreu no período de maio a setembro de 2006⁸, no setor de Serviço Social do HPM. A prática do estágio curricular proporcionou a vivência e associação dos conhecimentos teórico-metodológicos e ético-políticos da realidade social.

Neste sentido, acompanhou-se a atuação cotidiana dos profissionais de Serviço Social, de uma forma geral, desde atendimentos individualizados de policiais militares, bombeiros e seus dependentes até contatos e atendimentos dos comandos da PMSC.

Outra atuação importante no decorrer do estágio supervisionado foi o acompanhamento das abordagens grupais desenvolvidas no Hospital. Este acompanhamento se dava através de organização e observação das reuniões, em especial o grupo familiar.

As reuniões do grupo familiar ocorrem mensalmente, às terças-feiras, por um período de duas horas (das dezenove às vinte uma horas), sendo coordenado pela Assistente Social Mara.

⁸ Anterior a esse período foi possível desenvolver também o estágio extracurricular no Serviço Social do HPM no período de agosto de 2004 a junho de 2005.

O assistente social vem ganhando espaço na área da dependência química, e com isso vem buscando o aprimoramento do seu instrumental teórico-metodológico a fim de garantir o atendimento de novas demandas e a manutenção da identidade profissional. De acordo com Iamamoto (1999, p. 113):

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Neste sentido, a Assistente Social em questão demonstra possuir competências para desenvolver o trabalho com o grupo, onde considera, além do perfil dos participantes, os objetivos a serem trabalhados. Sua atuação é marcada por intermediações oportunas e orientações sobre o processo de adoecimento e tratamento. Pode ser observado no desenvolvimento de seu trabalho uma articulação com outras redes de atendimento, visando buscar alternativas para a continuidade do tratamento.

Após atuar diretamente com os participantes do grupo, pôde-se sentir e conviver com os sentimentos que as famílias carregam, como culpa, frustração, medo, ansiedade, vergonha e tantos outros. Surgiu então o interesse em realizar uma pesquisa com os participantes do grupo com o objetivo principal de estudar o papel desempenhado pelas famílias, mais especificamente as esposas ou companheiras, no tratamento e recuperação dos seus maridos ou companheiros dependentes químicos.

Dessa forma, serão abordados a seguir algumas considerações sobre o processo metodológico utilizado na elaboração da pesquisa⁹.

4.3 Processo Metodológico

O processo metodológico diz respeito ao pensamento e à prática exercida durante a abordagem da realidade social. Ou seja, as concepções teóricas e o

⁹ Pesquisa é a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (MINAYO, 2004a, p. 23).

conjunto de técnicas possibilitam a construção da realidade a qual se pretende investigar (MINAYO, 2004b).

Para o desenvolvimento do presente estudo, utilizou-se como métodos de pesquisa o quanti-qualitativo. Num primeiro momento optou-se pelo o método quantitativo, no sentido de descrever o perfil das esposas participantes do grupo de apoio familiar.

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informação, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficientes de correlação, análise de regressão etc. (RICHARDSON, 1999, p. 70).

No segundo momento decidiu-se pelo método qualitativo por ser o mais indicado ao tratar-se de dados subjetivos, uma vez que permite o contato direto com o sujeito pesquisado, através do qual ele pode se revelar, tanto em sua fala quanto em seu silêncio, obtendo-se uma referência a seu respeito e do mundo que o cerca, ou seja, suas atitudes, valores e crenças.

De acordo com Richardson (1999, p. 79) “o método qualitativo difere em princípios, do quantitativo à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema. Não pretende numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas”.

A autora Minayo (2004b, p. 22) enfatiza que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

Os sujeitos desta pesquisa foram seis esposas integrantes do grupo de apoio familiar realizado no HPM, sob coordenação dos profissionais de Serviço Social. Entende-se que a amostra em questão é adequada, pois depende-se da disposição e concordância das esposas participantes do grupo, em participar da pesquisa. Conforme Gil (1999) a amostra pode ser definida como um subconjunto da população, através do qual se forma uma opinião sobre as características de todo o universo.

As esposas tomaram conhecimento da pesquisa em uma reunião do grupo e após ter demonstrado interesse em participar de forma voluntária, foram contactadas individualmente via telefone e agendado o horário e local conforme a disponibilidade das mesmas. Os locais escolhidos variaram entre a sala do setor de

Serviço Social do HPM, residências e locais de trabalhos das pesquisadas. Deixou-se a critério das mesmas o local para a realização das entrevistas, pois acredita-se que o local escolhido pelas participantes faz com que as mesmas se sintam mais à vontade para o relato dos eventos de suas vidas.

Para a operacionalização da coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada (ver Apêndice A), que combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2004a). Neste tipo de entrevista, o entrevistado tem liberdade para expor seus sentimentos, iniciando por onde desejar e incluindo o que desejar.

Com o devido consentimento (ver Apêndice B) das entrevistadas, as entrevistas foram gravadas em fitas cassete. Processo este considerado de grande importância no momento da análise final dos dados. A duração média de cada entrevista foi de, aproximadamente, vinte a trinta minutos. Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e em seguida submetidas a análise de conteúdo.

4.4 Apresentação e análise dos resultados

Os resultados aqui apresentados são baseados em entrevistas realizadas em uma amostragem de seis esposas. Este pode parecer um número pequeno, mas que em relação ao número total de esposas participantes do grupo de mútua-ajuda, corresponde a uma proporção significativa de 86% do total de sete esposas.

A apresentação e análise dos resultados no decorrer deste item serão abordados em tópicos a fim de facilitar a interpretação das respostas das entrevistadas, bem como estabelecer possíveis correlações com o referencial teórico.

4.4.1 Perfil das esposas entrevistadas

O perfil das esposas, e parcialmente o familiar, foi levantado a partir dos primeiros questionamentos da entrevista, onde foram obtidas informações sobre a

profissão, escolaridade, idade, renda familiar, tempo de vida conjugal, número de filhos, tempo de abstinência do marido e tempo de participação da esposa no grupo familiar. Desta forma, a ocupação profissional das esposas corresponde a:

- ✓ Secretária
- ✓ Serviços Gerais (duas esposas)
- ✓ Merendeira (duas esposas)
- ✓ Dona-de-casa

Em relação às profissões percebe-se que a grande maioria realiza atividade empregatícia remunerada, com exceção de apenas uma entrevistada que exerce atividades domésticas. A grande maioria das esposas contribui na composição da renda familiar, entretanto, as profissões citadas podem ser consideradas de baixa remuneração, de onde se pode inferir que nessas famílias o marido é o principal responsável pelos recursos financeiros.

O nível de escolaridade das esposas também foi levantado através do questionário, e o resultado é apresentado de forma gráfica na Figura 4.1.

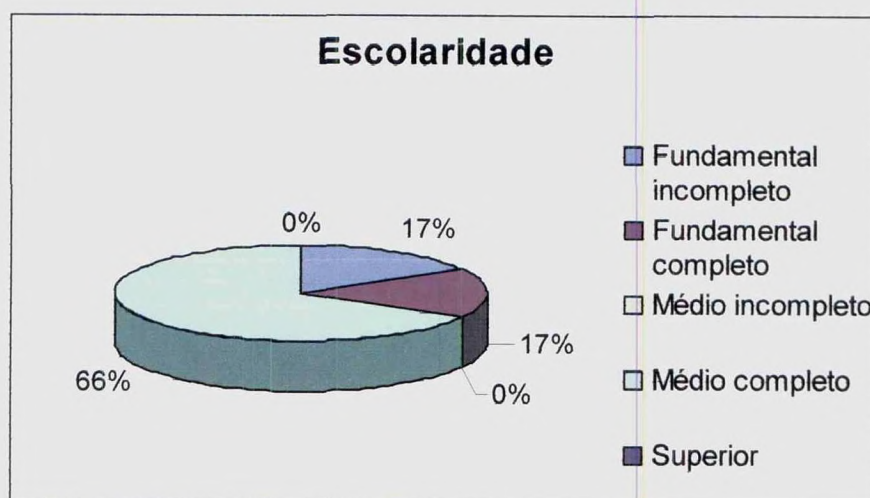


Figura 4.1 – Nível de escolaridade das esposas entrevistadas.
Fonte: Primária.

A grande maioria das esposas entrevistadas (4) possui o ensino médio completo, enquanto uma apresenta o ensino fundamental completo e outra incompleto. Nota-se que nenhuma das esposas concluiu ou mesmo ingressou no ensino superior.

Em relação à faixa etária, as esposas entrevistadas apresentam idades entre 35 e 49 anos, sendo que 50% delas têm 43 anos de idade. Observando-se o gráfico da Figura 4.2, nota-se que a distribuição das idades é bastante concentrada, e em torno da faixa etária de 40 a 44 anos, não havendo neste grupo pessoas com faixa etária jovem e tampouco pessoas idosas.

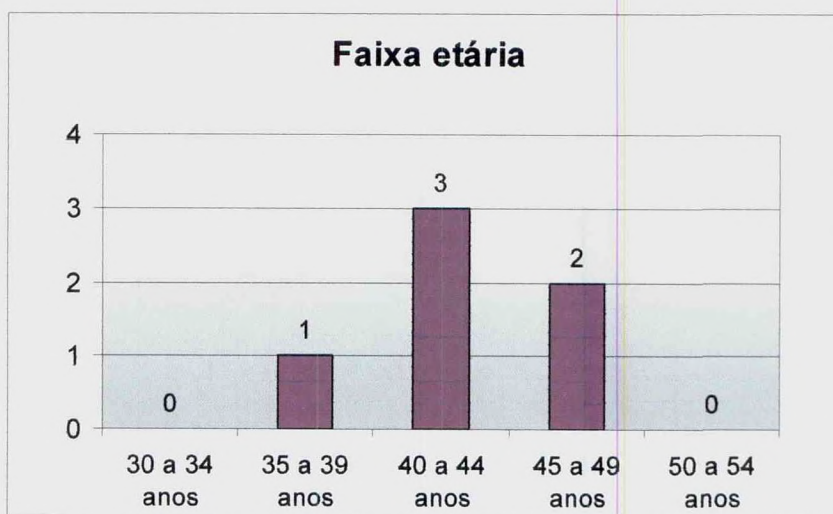


Figura 4.2 – Faixa etária das esposas entrevistadas
Fonte: Primária.

Quanto ao tempo de vida conjugal do casal pode-se perceber que os mesmos possuem relacionamentos conjugais relativamente longos conforme pode ser observado na Figura 4.3.



Figura 4.3 – Tempo de vida conjugal das esposas entrevistadas
Fonte: Primária.

É importante mencionar que, dentre as esposas, uma permaneceu casada durante 12 anos e atualmente encontra-se separada há seis meses. Quando questionada o motivo da separação ela respondeu:

“O motivo é uma coisa assim tão... por que motivo a gente arruma desculpa, eu acho que a separação quando ocorre é por que acabou o amor de um lado e daí não tem mais como ir levando. Eu acredito nisso. E quando a pessoa acaba encontrando uma outra pessoa é por que aquela que ela vive não existe mais. Ele conheceu outra pessoa”.
(Entrevistada E)

Quando questionada se a separação do casal teria alguma relação com o alcoolismo, a resposta foi:

“Nada! Ele se apaixonou por outra pessoa e eu não aceitei aquilo. Por que são fases, fases pra mim é antes do álcool e após o álcool. Antes do álcool eu desculpei ele em tudo, por que ele sempre foi mulherengo, mas eu sempre achei assim: é o álcool que faz isso. Agora não! Então agora ele fez consciente. Ele sentiu amor por outra pessoa, pois então vai viver, deixa eu livre pra viver a minha vida e estamos vivendo. Somos amigos [...]”. [nesse momento a entrevistada ficou emocionada].
(Entrevistada E)

Conforme citado no Item 3.5.1, o divórcio ocorre com frequência em casais que sofrem com a doença do alcoolismo, torna-se mais comum ainda quando o alcoolista não está mais ativo, ou seja, quando este já atingiu os primeiros estágios de abstinência (KRESTAN; BEPKO, 1995). Esta situação ocorreu no caso da Entrevistada E, cujo ex-marido está abstinente há quatro anos.

No que se refere à renda familiar das esposas percebe-se que 50% das famílias apresentam rendas abaixo de 5 salários mínimos, tendo como referência o salário mínimo em vigor, o qual corresponde à quantia de R\$ 350,00, conforme pode se observado na Figura 4.4. Também constatou-se que apenas uma família tem renda superior a 10 salários mínimos, isso se deve ao fato do Policial Militar realizar trabalhos extras nas horas de folga da Polícia Militar.

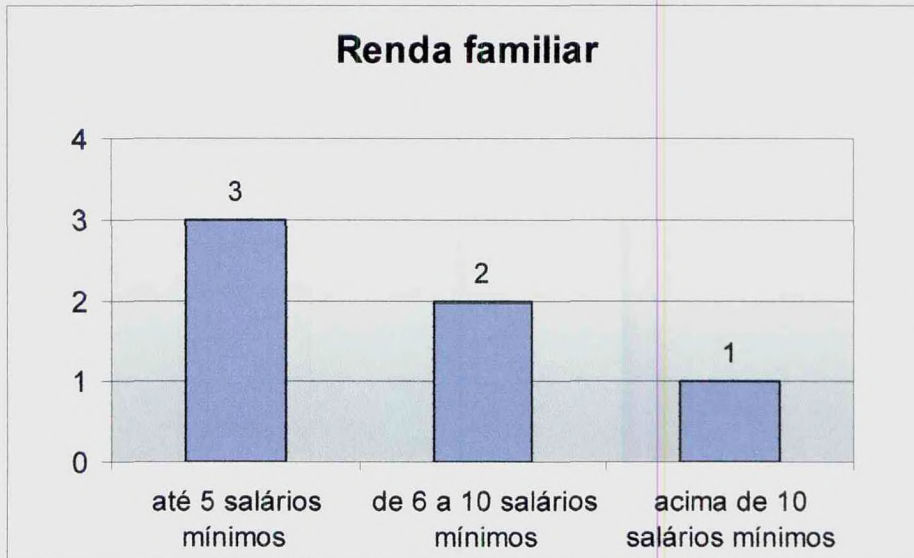


Figura 4.4 – Renda familiar das esposas entrevistadas
Fonte: Primária.

Comparando-se a situação sócio-econômica em que se encontra a maior parte dos brasileiros com a acima descrita, pode-se dizer que o policial militar encontra-se em situação financeira estável por estar empregado em uma instituição pública que lhe garante estabilidade e renda fixa. No entanto, considerando-se o trabalho de alto risco que este profissional realiza, sua remuneração não condiz com sua função, se comparada a outras profissões também fundamentais para a garantia do bem-estar da sociedade. Em função disso a maior parte dos policiais militares acaba realizando trabalhos extras ao da Polícia Militar para conseguir custear o sustento de seus familiares.

Já o número de filhos mostrou-se bastante diverso dentre as esposas entrevistadas. No gráfico da Figura 4.5 verifica-se que enquanto há uma família que possui 5 filhos, outras duas são constituídas apenas pelo casal.

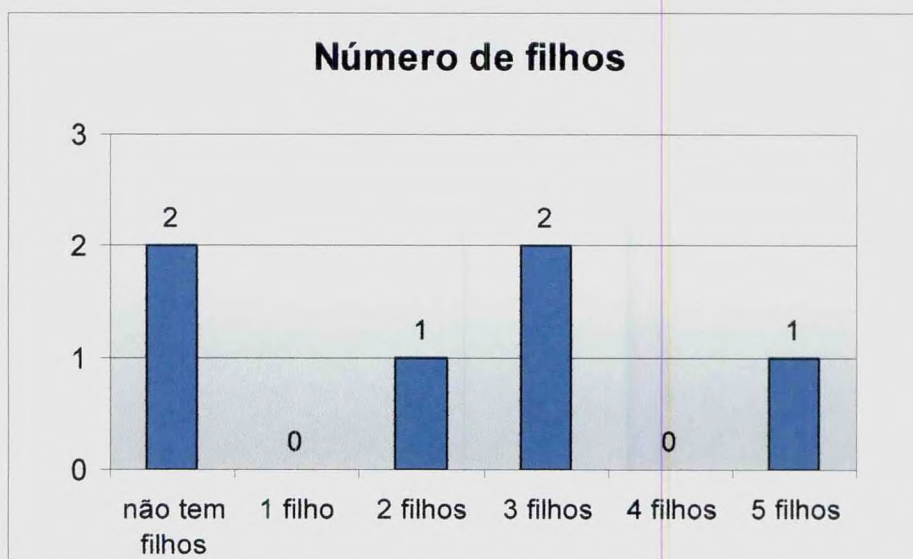


Figura 4.5 – Número de filhos das esposas entrevistadas

Fonte: Primária.

De modo similar, o tempo de abstinência dos maridos também apresenta considerável dispersão, variando entre 9 meses e 4 anos (ver Figura 4.6). A inexistência de casos com períodos de abstinência maiores do que 4 anos deve-se, muito possivelmente, à comum situação de aumento de autoconfiança do alcoolista, na medida em que este avança sem ingerir bebidas alcoólicas. Tal situação fica bem clara na resposta de uma das entrevistadas, como segue:

Eu estou fazendo a minha parte eu sinto que ele vai à reunião por causa de mim, eu já cheguei a falar até pra Mara [Assistente Social], por que não vai mais, por que ele acha que 4 anos já é o suficiente. Eu já falei na reunião que a Mara perguntou: E o MB. [marido]? Aí eu disse que eu acho ele muito nariz empinado. Ele está com muita autoconfiança e isso também eu aprendi na reunião que não pode ser assim. Tem que ser humilde e eu não acho ele humilde. (Entrevistada B)

De acordo com Leite (2000) é comum entre os dependentes químicos que já alcançaram um estágio avançado de abstinência provocarem “testes” consigo mesmo, para verificarem se voltaram a conquistar o controle sobre a droga. Mesmo o paciente passando no “teste”, este estará mais próximo de uma recaída, por ter se aproximado de um ambiente de consumo ou por ter abandonado o tratamento que vinha realizando. Estes comportamentos ocorrem pelo excesso de autoconfiança.

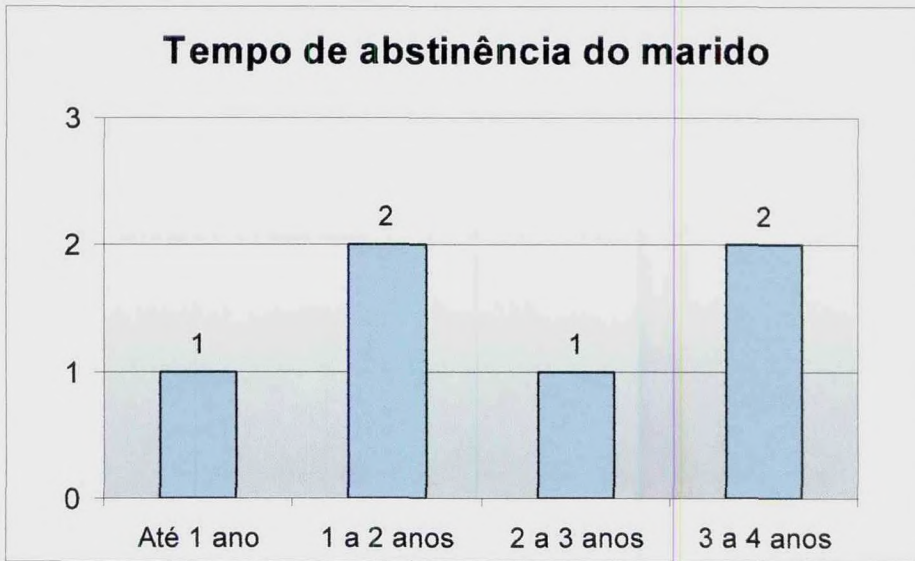


Figura 4.6 – Tempo de abstinência dos maridos alcoolistas
Fonte: Primária.

Na maioria dos casos, o engajamento das esposas de alcoolistas no grupo se deu em paralelo ao engajamento do marido. O tempo de participação das esposas no grupo familiar é apresentado no gráfico da Figura 4.7. Nos atendimentos do Serviço Social, logo após o encaminhamento do alcoolista à internação, tanto o marido e quanto a esposa são informados de que existem os grupos de mútua-ajuda para ambos, e são convidados a participar. Uma das esposas já participa do grupo desde sua fundação, em 2002. Nesta situação específica o alcoolista participava do grupo de mútua-ajuda para alcoolistas, mas não vinha apresentando bons resultados, conforme depoimento:

“[...] daí ele ia sozinho por que mulher não podia ir. Era só grupo de homem, daí eu tinha vontade de ir pra eu ver como que era, mas só que ele ia no grupo, saia de lá e ia beber. Chegava em casa bêbado daí eu não entendia [...]”. **(Entrevistada E)**

Este fato contribuiu na decisão de se iniciar um trabalho similar ao que havia sendo realizado com os alcoolistas, também com suas esposas.



Figura 4.7 - Tempo de participação das esposas no grupo familiar
Fonte: Primária.

4.4.2 A influência do parentesco no consumo de álcool do indivíduo

A partir deste item, são apresentadas e discutidas as respostas das entrevistadas às questões abertas. Inicia-se colhendo informações sobre a influência que a família de origem pode exercer sobre o indivíduo no consumo abusivo de álcool. Foi questionado quanto à presença de parentes alcoolistas, próximos de primeiro grau (avós, pais, irmãos), tanto na família de origem da esposa quanto na família de origem do marido.

4.4.2.1 Parentesco com casos de alcoolismo na família do marido

As respostas ao questionamento quanto à existência de parentes próximos do marido que apresentam casos de alcoolismo foram unânimes e afirmativas. O depoimento das entrevistadas, citados abaixo, deixa muito claro que existe a presença muito forte de parentesco que fazia ou faz consumo abusivo de álcool, como segue:

"[...] Da parte dele todos. O pai faleceu há pouco tempo do álcool, água na barriga [cirrose] e os irmãos todos alcoólatras, todos passaram por internação, todos eles". (Entrevistada A)

“O pai dele, o pai dele era alcoólatra, o avô era. Então já é de família. Os irmãos são, tem irmãs também que são, os sobrinhos já vêm no mesmo embalo [...]”. (Entrevistada B)

“Na família do MD.[marido] o pai dele também era alcoólatra. Já faleceu, mas não foi do alcoolismo, por que ele já tinha parado”. (Entrevistada D)

A Entrevistada E, bem como as demais, citam que há diversos casos de alcoolismo na família, chegando a comentar sobre a geração anterior. Ressalta-se o alcoolismo em um irmão, que também pertence à Polícia Militar:

“Tem o irmão dele, que também é Militar e também já freqüentou o grupo. [...] O outro irmão também, e as irmãs também bebem... Por assim dizer, de forma moderada, por que elas bebem em festas, mas bebem até cair. Mas também na segunda-feira estão de pé. Daí só na próxima festa. O pai dele bebeu e já é falecido. Bebeu muitos anos, mas antes de morrer, por que ele morreu do infarto, também já fazia 20 anos que tinha parado. A avó dele bebia também”. (Entrevistada E)

Vários pesquisadores tentam explicar através de suas teorias que o consumo abusivo de substância psicoativa pode estar relacionado com os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, os quais são discutidos de modo mais detalhado no Item 3.3.

Vaillant (1999) destaca que, além das crianças se espelharem em seus pais alcoolistas, elas são sujeitas, nestas famílias, a situações que podem gerar dor emocional e distúrbios psicológicos. Adicionalmente, ocorre o fator agravante de que tais famílias apresentam uma estrutura familiar distorcida, de modo a facilitar o abuso do álcool.

Existem muitas teorias a esse respeito, mas não há uma definição clara de quais fatores prevalecem, uma vez que todos são intimamente interligados. A influência dos parentes ou familiares poderia estar relacionada ao fator genético, mas também a fatores do ambiente externo, no qual o indivíduo adquire o hábito através do convívio com pessoas que fazem uso descontrolado de bebidas alcoólicas. Desta forma, seriam psicologicamente influenciadas por fatores sociais e culturais, os quais assumem uma importância muito significativa pelo fato deste convívio ser com pessoas muito próximas, cujas atitudes são, por muitas vezes, tomadas como exemplo.

4.4.2.2 Parentesco com casos de alcoolismo na família da esposa

No caso das esposas, também se levantou dados similares, ou seja, praticamente todas afirmaram ter convivido em família com parentes alcoolistas, como se pode verificar nas respostas abaixo:

“Existiu o meu pai. O meu pai faleceu do alcoolismo, da bebida e do cigarro também. E da minha família tem os tios também, tem um monte”. **(Entrevistada A)**

“Os meus tios, da parte da minha mãe, todos morreram até por motivo da bebida. O meu pai e a minha mãe não são, mas os irmãos dela [tios da esposa] eram alcoólatras”. **(Entrevistada B)**

“Tem sim, já bem antigo. Meu avô, meu pai, os irmãos do meu pai, todos beberam, e até as mulheres. Duas tias minhas mulheres caíam bêbadas, de ter que procurar. Os meus irmãos já têm dois que são alcoólatras, não se tratam”. **(Entrevistada E)**

Além de confirmar ter convivido com diversos parentes próximos com problema de alcoolismo, a Entrevistada E cita ainda que, percebendo seu potencial em auxiliar as pessoas próximas a se controlarem em relação à bebida, utiliza estratégias de conquista para encaminhar sua irmã ao grupo de mútua-ajuda, a qual não tem a consciência da dependência.

“Tem uma irmã minha, que mora aqui também, que estou levando agora pro grupo devagarinho, por que ela acha que não precisa. Ela bebe também, já é avó, bebe também que tá danado”. **(Entrevistada E)**

4.4.3 Início do uso do álcool

Nesse tópico procurou-se obter informações de quando e como os maridos iniciaram o consumo de álcool. Questionou-se também quanto ao conhecimento por parte das esposas, durante o período de namoro, de que seus companheiros eram ou não alcoolistas.

As respostas das entrevistadas revelam que quatro maridos, ao iniciarem o relacionamento, não eram alcoolistas, enquanto outros dois maridos já haviam

desencadeado a doença do alcoolismo, porém, um deles de modo menos intenso do que após alguns anos de casado.

Abaixo, trechos das respostas das entrevistadas:

“Não tinha conhecimento”. **(Entrevistada A)**

“Ele já era assim. Não era tão forte como atualmente. [...] ele bebia, não socialmente, mas bebia hoje, aí passava uns dias e bebia de novo. [...] depois, quando a gente veio morar pra cá, nesse bairro aqui tinha um bar em cada esquina. Então piorou, aí foi cada vez piorando mais e tanto que chegou aonde chegou. Hoje, por exemplo, ele não tem mais controle. Tanto que na última recaída ele ficou menos de vinte dias recaído e já teve que se internar por que ficou totalmente dependente”.
(Entrevistada C)

“Não. Foi bem depois do casamento que ele começou a mostrar que bebia. Até então acho que era um pouco escondido, se não, não teria nem casado, eu disse pra ele. [...] Mais ou menos uns 2 a 3 anos depois que eu comecei a ver ele chegar em casa meio de porre, mas antes não. [...] Praticamente ocupou o casamento todo quase desde o dia em que casei. Embora no início eu não notava, após uns 2 ou 3 anos que comecei a notar, mas talvez antes também eu não percebia. Quer dizer bebeu sempre mas não como ultimamente foi ficando”.
(Entrevistada D)

Na fala da Entrevistada E, pode-se notar que ela tinha conhecimento que o marido, na época de namoro já fazia uso do álcool, porém acreditava que ele poderia parar a hora que ele quisesse. Esta esposa talvez, em seu inconsciente, acreditava que o casamento seria um elemento motivacional importante para que o marido deixasse de fazer o uso de bebida alcoólica, o que durante o período de vida conjugal não se confirmou.

“Já. Primeira vez que foi passear lá em casa já levou um litro de bebida junto, pra fazer umas caipiras. Eu achei bonito na época, eu não conhecia, nem eu não conhecia o poder da coisa. Daí até achei engraçado. Depois foi comprando mais e foi indo, e o negocio foi evoluindo. [...] Já sabia que ele bebia, mas não sabia que o número era esse. Não tinha conhecimento da doença, não tinha conhecimento nenhum. Assim, eu achava que ele bebia e depois podia parar, depois ele continuou”. **(Entrevistada E)**

A resposta da Entrevistada F revela uma situação onde se pode identificar uma forte correlação entre o trabalho na Polícia e o alcoolismo. Neste caso, o marido

não demonstrava qualquer problema com excesso de bebida, até iniciar carreira militar, como segue:

“Não! Ele começou assim depois que ele entrou na Polícia. Ele não era assim. Tanto que quando nós namorávamos, nós íamos em barzinhos e só tomávamos uma bebidinha, tanto eu quanto ele. Mas nada [além] disso. Ele trabalhava normal, mas ele começou com alcoolismo depois que ele entrou na Polícia. [...] ele passou no concurso pra Sargento (...). Aí, depois de um tempo, ele começou a cair na bebida. [...] Ah! Eu não lembro, mas não demorou muito não, por que ele começou a trabalhar na viatura, eu acho que foi uns dois anos depois”. (Entrevistada F)

O autor Edwards (1987), citado no Item 3.5.1, afirma que as mulheres filhas de pai alcoolista buscam, em um relacionamento com maridos alcoolistas, a reedição de problemas não resolvidos oriundos da convivência com seus pais. Confrontando-se as respostas do item atual, com as do item anterior, verifica-se que tal teoria só seria aplicável a um dos casos (Entrevistada E), cujo pai era alcoolista, e no início do relacionamento já tinha conhecimento da condição de alcoolista do companheiro.

De uma maneira geral, dentro da amostragem realizada, pode-se afirmar que, apesar da maioria das esposas afirmarem terem parentesco próximo com indivíduos alcoolistas, o fato de estarem casadas com pessoas adictas não passa de uma coincidência, uma vez que não foram situações de escolha, seja consciente ou inconsciente.

4.4.4 Relação do uso do álcool com a profissão

O número de casos de problemas com o alcoolismo existente dentre os policiais militares é um indicativo de que fatores ligados a esta profissão contribuem para distúrbios ligados ao consumo de álcool. Pereira (2004) realizou um levantamento junto à JMC, e identificou que, no período pesquisado de 1998 a 2002, o principal motivo de afastamento de policiais da corporação para tratamento de saúde é o de “Transtornos Mentais e Comportamentais”, representando 33% do total de afastamentos. Tal informação vai ao encontro do comentário realizado no Item 3.3.3, que ressalta a influência das características do trabalho de um Policial Militar no desencadeamento de problemas de saúde. O detalhamento das subcategorias

que compõem os 33% devido a Transtornos Mentais e Comportamentais revela que o fator dos “Transtornos Devido ao Uso de Álcool” aparece como o quarto item mais freqüente, com 10,25% de freqüência, ficando após os “Transtornos de Ansiedade”, “Reações ao Estresse” e “Episódios Depressivos”.

Na presente pesquisa, identificou-se tal relação na entrevista F, como segue:

“Eu acho, todos os serviços são estressantes, cansativos, mas a profissão do Policial eu acho que... não sei se é por que é muito perigoso, mexe com a comunidade, o perigo, aquela coisa estressante e eles também não ganham muito, o salário deles não é o suficiente pra eles sustentarem uma família e aí ele tem que procurar outro tipo de serviço aí eu acho que pode desencadear o alcoolismo ou no cruzado tanto faz. Eles têm problema lá fora, pega bandido, enfrenta briga de família e ainda tem que dar satisfação pros oficiais o que fez o que não fez... é estressante, eu acho que é bem complicado. Até uma vez eu comentei com a Mara a quantidade que tem de Policial alcoólatra e usuário cruzado¹⁰”. (Entrevistada F)

4.4.5 Comportamento do alcoolista antes do período de abstinência

O indivíduo que não consegue controlar o consumo de substância psicoativa costuma agir de forma impulsiva e repetitiva. De acordo com Twerski (1990) a pessoa sob a influência do álcool perde totalmente a capacidade de seu julgamento, desta forma ocorrem os mais variados tipos de comportamentos. Poderão ocorrer erros no uso do dinheiro, nos negócios empresariais impulsivos, na maneira de agir e falar com os patrões, na maneira violenta e agressiva de lidar com os filhos e a esposa, nas diversas situações constrangedoras às quais a família é submetida, nos deslizes sexuais, na cobertura para ocultar alguma coisa mal feita, em mau desempenho no trabalho, em conduta desordeira e violação das leis. De uma forma ou de outra ocorrerá uma ou mais destas complicações comportamentais.

As esposas foram questionadas quanto ao comportamento de seus maridos no período que antecedeu ao tratamento. A maioria das esposas citou que o marido não era agressivo, e de certa forma cumpria as obrigações financeiras do lar.

¹⁰ Dependência cruzada refere-se ao usuário de álcool e cocaína.

Entretanto, não participava da vida em família, através da convivência e do diálogo. A maioria dividia o tempo entre o trabalho, os bares e, quando estavam em casa, dormiam. Abaixo alguns depoimentos ilustram a difícil vida em família gerada pelo alcoolismo:

“Só bebia. Ele não gostava de ir a bares, mas ele ia dez vezes comprar o litro e trazia e bebia... bebia. E acabava ele ia de novo, e assim ele bebia direto. [...] Eu não posso dizer que o ME [ex-marido]. era mal pra mim por que nunca foi. Não me batia. Nunca faltou comida dentro de casa, por que ele me entregou o cartão dele e eu que recebia o dinheiro dele. Eu que pagava o que tinha que pagar. O ME. bebia com 5 reais. [...]. E aquela coisa de vergonha. Numa festa não dava pra ir por que passava vergonha. Se ele me apresentava pros amigos dele, depois ali ele já arrumava uma confusão [...]. Aquele rolo todo de bêbado. Eu não saía de casa com ele”. (Entrevistada E)

“O meu marido não era violento nem nada. [...] Ele vinha do serviço já mais pra lá do que pra cá. Ele chegava em casa não conversava, não tinha diálogo. [...] Então geralmente ele dormia muito tempo sozinho, também por que não dava pra agüentar. Ele acordava aquela coisa fedida. [...] Ele caía no chão, ele vomitava no chão. [...] Se ele não estava trabalhando ele ia direto pro bar. No instantinho que ele ia ali já voltava alcoolizado. Eu ainda dizia: não acredito que já voltou alcoolizado [...] De manhã quando levantava o café era a bebida. Aí depois voltava e ia dormir. Era assim a vida dele. [...]. Não discutia nada, por que eu até evitava, já virava as costas. Era assim, cada um vivia pro seu canto. [...]”. (Entrevistada F)

Citam também a substituição da alimentação pela bebida, até mesmo logo após acordar. Bebiam diariamente até ficarem alcoolizados. Este comportamento gera vergonha tanto por parte da esposa quanto dos filhos.

“Ele era compulsivo. Então ele era agressivo. Ele acordava de manhã e bebia. Ele era compulsivo, ele não parava de beber todo dia e não comia. Era direto e não controlava. [...] ele é dependência cruzada com a cocaína”. (Entrevistada A)

“Ele ia [para o bar] todo dia quando chegava do serviço, todo dia... todo dia. [...] Era na frente de casa aí ele ia lá e tomava e vinha..., mas cedo, nunca ficou madrugadas. [...] Ele era um filho mais velho, os próprios filhos cuidavam dele. [...] Ele não é agressivo já por natureza. Ele é caladão. Ele brinca em casa com filhos, pessoas, amigos, ele brinca conta piada, mas o natural dele é calado. E quando bebia ficava totalmente calado. Ele chegava em casa, ia direto já pegava a roupa tomava banho e cama não comia. Não se alimentava. Então quando começava mesmo se aprofundar era internar, por que dali ele ia emagrecendo”. (Entrevistada B)

O trabalho dos policiais, em alguns casos, também era significativamente prejudicado. Chegada em atraso, absenteísmo, ou mesmo presença no local de trabalho, porém sem realizar a função, conforme depoimentos abaixo:

“Ele sempre foi calmo, muito alegre esse jeito dele extrovertido não mudou é o jeito dele. Normal, chegava, dormia. Mas tipo assim, às vezes não ia trabalhar. [...] Ele também ia pra bares direto, só vinha pra casa pra dormir, tipo acordava e já descia pra beber. A gente brigava bastante por que a gente não tinha a presença dele aqui, ficava mais na rua só tava em casa quando tava dormindo, então a gente acabava brigando por que eu não aceitava esse tipo de coisa [...]”.
(Entrevistada C)

“A rotina é que ele chegava do serviço trocava a roupa e dizia que ia ali e já voltava. E esse ali levava horas. Quando voltava já voltava bêbado. Só que ele era uma pessoa calma, não era assim de briga, [...] Aí dormia e no dia seguinte tava ele de novo vou ali e já volto e assim foi. Isso levou uns 23 anos, por aí. Ele nunca foi chamado [no serviço] pra que eles dissessem algo em relação à bebida, por que até então ele ia sempre cedo pro serviço. Ele podia chegar no outro dia de madrugada, mas de manhã ele estava de pé por que tinha que ir pro quartel. Aí eu ligava para o quartel ele tava dormindo lá, mas meio que de porre [...]”. **(Entrevistada D)**

4.4.6 Comportamento da esposa antes do período de abstinência do marido

Tomando como referência o estudo de Edwards (1987), citado no Item 3.5.1, pode-se identificar nas esposas diferentes tipos de comportamentos. O comportamento de afastamento ocorre em praticamente todos os casos, uma vez que as esposas não enfrentam os maridos no momento de embriaguez. O sentimento de vergonha também se manifesta fortemente nos familiares. Em todos os casos aparece o comportamento de condução construtiva, pois as esposas procuram manter o funcionamento do lar em paralelo ao descontrole do marido.

Os estilos de enfrentamento das esposas depende muito da maneira como a mesma se confronta com a vida, do tipo de pressões que sofre e o tipo de comportamento específico que o marido apresenta. Os depoimentos das esposas são transcritos abaixo:

“Se ele ia pra bar eu ia junto. Tipo conversava com ele, dizia que não valia a pena, que ele estava estragando a saúde dele, de não comer. Mas eu sempre tava perto dele. [...]. Conversando, incentivando ele a encarar. Até uma fase eu não trabalhei, para estar ali do lado dele. Estando sempre com ele em toda hora a todo instante todo momento. Por que eu estando do lado dele ele não bebia, não dava brecha. Mas ele sempre arranjava um jeito”. (Entrevistada A)

“Eu nunca aceitei e nunca soube lidar com isso também. Como eu disse, sempre brigava. Nunca me conscientizei na verdade que fosse uma doença, eu nunca me conformei”. (Entrevistada C)

“[...] para não brigar dentro de casa por que algumas palavras ofendem, eu tinha que ficar quieta, deixar que a razão fosse dele. E no dia seguinte eu conversava com ele, e botava pra fora o que tinha que falar, aí ele não acreditava e dizia: eu não fiz isso, não disse isso, não aquilo... [...] Também não deixava que os filhos vissem sempre ele bêbado, por que achava que aquilo podia acarretar na vida das crianças. [...] Se ele chamava uns dos filhos pra perto dele pra conversar eu deixava, vai lá o teu pai tá chamando. Mas eles diziam, não mãe, o pai tá bêbado! Não faz mal, vai ali, atende ele, era assim. [...] Nunca fui de ir ao boteco chamar não. Escândalo eu não formava. Eu acho horrível isso aí, mas era assim”. (Entrevistada D)

Nota-se na atitude da entrevistada E, fortes sinais de co-dependência, onde a mesma vivenciava constantemente sentimentos como medo de que o marido perdesse o emprego, angústia, sofrimento e vergonha. Esta esposa afirma ainda, que não tomava nenhuma atitude em relação ao alcoolismo por ter vergonha de tocar no assunto com outras pessoas. Ou seja, tentava passar para a sociedade a falsa impressão de que não tinha problemas conjugais, que vivia em grande harmonia, enquanto, na verdade, passava por sérios problemas familiares. Tais sentimentos e atitudes de resistência para admitir o problema e procurar ajuda profissional, podem acabar por agravar os problemas no ambiente familiar.

“Eu tinha medo, morria de medo que ele perdesse o trabalho. Eu achava assim que era burrice, que só ele bebia. Então eu achava que ele tinha que dar exemplo, ele era policial, eu achava que aquilo era errado. Eu ficava mal quando me dizia que o ME [ex-marido] estava fardado no bar tomando cachaça. Então eu sofria, acho mais do que ele. Não tomava nenhuma atitude por que eu não tinha conhecimento que se tratava de uma doença. Tinha vergonha de tocar no assunto pra alguém”. (Entrevistada E)

O comportamento de busca de ajuda construtiva é característico da entrevistada F, a qual buscou o auxílio do Serviço Social do HPM por iniciativa própria.

“[...] antes de surgir esse programa [o grupo] da Mara que vocês fizeram eu já tinha procurado a Mara. Ninguém não tinha nem iniciado o trabalho social assim. Aí eu pensava: quem eu vou procurar, não é possível que na Polícia não tenha alguém que me ajude. Aí eu disse: eu vou lá. Ninguém me indicou, eu fui sozinha. Eu vou procurar alguém. Aí eu cheguei lá e procurei a Assistente Social por que eu sabia que Assistente Social ajudava fazer esta parte” [...].
(Entrevistada F)

4.4.7 Identificação da necessidade de tratamento

O reconhecimento do descontrole do indivíduo com relação ao álcool como uma doença se mostra bastante difícil. Nota-se que a maior parte das entrevistadas apresentou comportamento de negação diante do alcoolismo do marido, antes do início do tratamento. Mesmo após ter vivenciado muitos problemas em sua vida conjugal, conforme foi relatado pelas entrevistadas, elas demoraram até mesmo anos para reconhecer o problema do marido como sendo alcoolismo. Inicialmente, ou até por muitos anos, o desvio de comportamento ocorre, mas nem a família nem o marido procuram a ajuda profissional.

Leite (2000) enfatiza que dificilmente um indivíduo procura tratamento por sua conta própria, por estar convencido de que está usando álcool em excesso. As principais razões para a procura de tratamento são geralmente por conta de prejuízos e problemas que se acumulam ao longo da vida. Dentre estas razões pode-se relacionar: complicações de saúde, ameaça de perda do emprego, separação conjugal, imposição familiar, problemas judiciais, problemas financeiros, depressões ou alucinações decorrentes do consumo do álcool em excesso.

No caso da Entrevistada B, dificuldades no trabalho e o exagero no consumo de álcool despertaram na esposa a necessidade de internação do marido, o qual não aceitava a internação, como segue:

“Já tava tomando demais. Já estava prejudicando o serviço. Daí a gente viu que realmente precisava internar mesmo. Fazer um tratamento. Por ele não internava. Foi por livre e espontânea pressão, ele não aceitava... ele não aceitava”. **(Entrevistada B)**

As entrevistadas C, D e E afirmam que pessoas ligadas ao trabalho do marido reconheceram a necessidade de internação e realizaram o encaminhamento:

“[...] ele foi por livre e espontânea vontade. Da primeira vez até teve conselhos dos superiores dele lá do quartel e em casa a gente também sempre incentivando. Mas ele foi e não foi forçado, foi por que quis”.
(Entrevistada C)

“Ele que me convidou pra ir lá com ele. Por que ele tinha feito alguma coisa aqui no HPM, que não me lembro. Daqui foi que encaminharam e disseram pra ele que se ele quisesse, que fosse lá pra internar. Aí ele me convidou e disse: vamos comigo ED [esposa]? Aí eu perguntei onde ele iria. Ele tava chorando e apavorado, por que ele não queria mais ir. Aí ele ficou um mês lá [...]”. **(Entrevistada D)**

“[...] A Assistente Social falou que o Capitão dele tinha procurado ela e disse que ele [o marido] tava ruim que tava bebendo. Que tinha recebido uma denúncia e que ele precisava se internar. Tinha duas opções: se internar ou se internar. Aí ele disse: então eu vou. Daí ele concordou”. **(Entrevistada E)**

De modo similar, o marido da Entrevistada F foi advertido por pessoas da Polícia, mas não houve necessidade de internação, optando-se por um tratamento ambulatorial. Abaixo o depoimento:

“[...] A Mara [Assistente Social] marcou uma reunião entre nós, eu, ele, o F1. e o F2. [esposa, marido e os dois filhos]. Só que na época não foi preparado, não foi feito uma preparação. Aí, quando nós estávamos na sala da reunião chegou ele e o Tenente, e aí foi um desastre. Ele não gostou e até ficou umas duas semanas sem falar comigo. Mas depois ele caiu na realidade que eu estava tentando ajudar ele. Aí chorou e tal e parou uns tempos de beber. E depois começou tudo de novo [...]. depois ele foi falar com a Mara, ele foi sozinho. E até fez um cartão pra mim com conta conjunta com ele, por que ele achava que iria se internar. Aí eu tinha que tomar a frente. Mas ele não precisou internar”.
(Entrevistada F)

No Item 3.5 discute-se o problema da negação, que ocorre tanto por parte do alcoolista quanto por parte dos demais membros da família (KRESTAN; BEPKO, 1994). O medo da exposição da situação de alcoolismo à sociedade dificulta a tomada de decisão em favor da solução do problema (BISSEL, 1991).

4.4.8 O comportamento da esposa durante o período de tratamento do marido

O depoimento das esposas quanto ao seu comportamento durante o período de tratamento do marido revela o quão importantes elas foram no seu processo de recuperação.

A Esposa A cita que durante a internação, ficou responsável pela manutenção do lar, cuidando das finanças da casa:

“Cinco internações. Ele estando internado a gente fica mais tranqüila. Mas eu não abri mão dele nem um dia da internação e nem da visita. [...] Tudo: banco, dinheiro, cheque ficava tudo comigo. Quando ele tava fora da clínica eu peguei tudo dele dinheiro, chave do carro tudo, administrei a casa toda. Quando ele tava internado a mesma coisa. Até um bom tempo depois da clínica eu fiquei com todo o dinheiro, talão de cheque, tudo fiquei controlando. Aí depois de um tempo ele pediu. Aí eu dei e até hoje graças a deus nunca mais[...].” (Entrevistada A)

Outras duas citam que o processo de recuperação tem sido muito difícil, com diversas recaídas e reinternações. O marido da Entrevistada B foi submetido a seis internações, a última delas de longa duração. O apoio da esposa foi muito além da manutenção do lar e dos filhos, mas de grande importância na conscientização do marido em manter-se na clínica de recuperação no período necessário. Os depoimentos das entrevistadas B e C são transcritos abaixo:

“Seis internações. Essa última foi a sexta que durou mais tempo que aí era a gota da água. [...] Há um ano e meio, que aí foi na fazenda. Aí foi mas rigoroso e foi último jeito da gente [...], que se não internasse por um bom tempo ele morria, que já tava no fundo do poço já. [...] Ele no começo se sentiu pressionado e [...] com quatro meses ele queria sair, queria porque queria. Aí eles disseram que era recaída, que ele tava querendo beber, que era pra mim pressionar e falar para ele, abrir o jogo, botar ele contra a parede [...]. Era dia de Natal, nós fomos visitar ele. Daí eu falei: tu pode até sair daqui, tu não é obrigado a ficar, mais tu chega em casa, passa a mão na tua roupa e arruma um canto pra ti. Eu não vou mais aceitar bebida dentro de casa. Eu fui com os cinco filhos, aí eu disse pra ele, perguntaste pros filhos pra ver o que eles acham? Pergunta pra eles! Aí ele ficou irritado [...]. Aí eu disse: pergunta pra eles a opinião deles, todos vão dizer que é pra ti ficar, [...]. Daí em diante ele ficou fez o tratamento todo. Hoje ele agradece. [...] a gente sofre muito... tem que ter muita força de vontade, que é difícil”.
(Entrevistada B)

“Três internações. Pra mim era uma época boa. Porque aí eu me tranqüilizava, sabia que ele tava lá. Eu sabia que por um bom tempo ele ia ficar em abstinência. A primeira vez ele ficou um ano e três

meses e recaiu. A segunda vez ficou um ano e quatro meses e recaiu. Então agora está a um ano e oito meses. Ele sabe que não pode. Vontade ele tem [...]. Mas não tem outro caminho. É recair, ele sabe que daqui a dez a quinze dias tem que se internar de novo. Então não é legal". (Entrevistada C)

De acordo com Edwards (1987) é fundamental que as necessidades da família e do lar não sejam perdidas de vista enquanto o alcoolista está em tratamento. A esposa desempenha um papel muito importante de apoio na luta do paciente com o problema do alcoolismo, no aspecto prático. É necessário que, de um lado, a esposa compreenda o que se pretende com o tratamento e, de outro lado, leve-se em conta o seu ponto de vista sobre a situação. Os resultados esperados com o tratamento podem ser limitados quando a esposa não compreende o processo de recuperação ou tem uma visão deturpada da situação que o marido enfrenta.

4.4.9 Mudanças no ambiente familiar após a adesão ao tratamento

Os depoimentos das esposas em relação à situação familiar após o início da abstinência são muito similares entre si. As esposas revelam que o marido volta a ser carinhoso e atencioso com os filhos, volta a vivenciar momentos juntos com a família. A situação financeira das famílias passa por significativa melhora, possibilitando, em poucos anos, a aquisição de bens importantes como automóvel, móveis para a casa, etc. Abaixo um depoimento exemplifica tal situação:

"Ah, melhorou muito! A convivência dentro de casa melhorou 100%, porque ele participa agora de tudo. Tá prestando atenção, colabora, os filhos sentem a diferença [...] agora ele brinca, ele participa, pergunta onde um vai, onde o outro vai, presta atenção que horas eles chegam, como eles chegam. [...] Melhorou bastante porque agora ele não gasta com bebida. [...] depois que ele aderiu ao tratamento ele foi promovido e se aposentou". (Entrevistada B)

Uma outra característica muito marcante é o medo das esposas da possibilidade de recaída do marido. Por terem passado pela experiência de viver com o marido nas fases de alcoolismo, bem como terem sentido a diferença na convivência em fase de abstinência, permanecem constantemente com a

insegurança em função de possíveis recaídas. Esta insegurança diminui a medida em que o período de abstinência torna-se mais longo, e é menor em situações em que o marido não tem contato constante com amigos ou pessoas que pudessem induzi-lo a beber. Por isso, torna-se muito importante a participação da esposa no grupo de mútua-ajuda, no qual ela tem a oportunidade de trabalhar sua ansiedade, compartilhando seus problemas com as demais. O depoimento a seguir ilustra esta questão:

“Pra ser sincera eu sei que tem possibilidade dele recair, mas eu não sei se eu vou estar preparada para a recaída, por mais que a gente participe da reunião. [...] porque está tão bom assim, com os filhos também [...] eu acho que não tenho estrutura para agüentar. Por isso, enquanto eu puder, eu vou participar bastante da reunião”.
(Entrevistada B)

4.4.10 A influência do alcoolismo dos pais no comportamento dos filhos

Do mesmo modo que os maridos alcoolistas sofreram influência de sua família de origem, contribuindo para uso abusivo de álcool, os filhos das entrevistadas também encontram-se em situação similar. A Entrevistada B descreve o drama em que vive, com uma constante preocupação com seus filhos:

“Temos um casal de filhos que [...] têm problema com bebida, e já foi conversado em reunião em família. E eles se cuidam, já sabem a medida que vão a festas, se bobear eles ficam bêbados mesmo. [...] a minha filha tem 21 anos, ela tem medo. [...] Ela sabe que se começar a tomar não pára mais, ela não tem controle. O meu marido já conversou sobre isso, ela sabe. Inclusive ela já foi em duas festas e voltou bêbada, [...] e não se lembrou. Chega uma certa altura ela não lembra mais do que acontece. Chegou com o tornozelo ralado por que bateu no registro da água e no outro dia não sabia o que tinha acontecido [...] Ela tem muito medo de ir a festa por causa disso. [...] [o filho] também já foi a uma festa e chegou bêbado. Bêbado de não conseguir tirar o tênis e de dormir de roupa e tudo. [...] Ele tem consciência, ele tem 22 anos, então é de maior e eu não tenho como impedir eles de saírem, mas eles estão conscientes. O pai deles explica: olha vocês têm exemplo em casa. [...]. Foi falado na reunião que os filhos de alcoólatras têm quatro vezes mais chances de se tornarem alcoólatras, então isso tudo eu passei para eles”. **(Entrevistada B)**

Segundo Leite (2000) alguns estudiosos consideram a dependência química como uma doença de origem familiar. A influência genética pode ser considerada

responsável por 30% dos casos de alcoolismo. Por outro lado, a convivência familiar, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos, bem como influências ambientais a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a dependência de substâncias psicoativas.

Neste depoimento, destaca-se o empenho não somente da mãe, mas também do pai, em abstinência, em criar nos filhos uma consciência que os mantenha afastados do descontrole com bebida alcoólica. Neste caso é aparente a influência congênita muito forte com tendência a conduzir os filhos para a ingestão de bebida.

4.4.11 Importância do grupo de mútua-ajuda sob a perspectiva das esposas

Todas as esposas, sem exceção, afirmaram que sua participação no grupo de mútua-ajuda foi muito importante no processo de recuperação dos maridos, através da troca de experiências com outras esposas, e também ressaltam muito a importância da figura do Assistente Social, conforme revela o depoimento da Entrevistada C, a seguir:

“Como eu sempre digo: a Mara é o nosso anjo da guarda. Tanto que na última reunião ela perguntou o que eu faria se ele recaísse. Aí eu falei que a primeira coisa que eu ia fazer era ligar pra ela. Então é assim, ela é o meu porto seguro. Eu sei que ela automaticamente já iria ligar para ele, já tentar encaminhar pra uma nova internação. As reuniões também têm uma grande contribuição. Nessas reuniões o depoimento de todos dá força, que todas estão na mesma situação. Só muda o endereço. Todas passam pelas mesmas preocupações, ansiedade. Tudo que eu já vivi elas passaram também na reunião. Então eu acho que uma dá força para outra. Têm me feito muito bem as reuniões”. (Entrevistada C)

As pessoas passam a ter o grupo como um referencial, um local de reestabelecimento do equilíbrio psicológico, o qual passa a fazer parte de suas vidas. No caso da Entrevistada E, por exemplo, mesmo estando separada de seu marido, ela afirma que continuará freqüentando o grupo:

“Pra mim foi tudo. Por que eu não conseguia ajudar ele. [...] Cheguei lá tapada, fiz um monte de perguntas e no começo acabava não aceitando. Por que a gente acha que tanto a Assistente Social, quanto o Psicólogo e as pessoas que estão ali, só têm a teoria da coisa. Que a

gente é que vive, que sabe o problema. E no fundo, com o tempo, tu vais vendo que tudo aquilo que falam na reunião, no grupo é o mesmo que a gente passa. Então aquilo pra mim hoje ... sou muito agradecida. E continuo no grupo, por que eu sei que às vezes a gente fala uma coisinha e pode ajudar aquela [pessoa] lá no problema que ela tem. Eu acho fundamental pra mim e vou continuar no grupo". (Entrevistada E)

O que as esposas revelam quanto à importância do grupo em suas vidas, Leite (2000) também está de acordo. O autor enfatiza que a terapia familiar na recuperação do dependente químico torna-se fundamental, uma vez que os membros da família constituem "vítimas" da doença, além do próprio paciente. Vitimização, superproteção, culpa, raiva, mágoa, medo, privações, e desespero são observados em dependentes químicos que iniciam o tratamento. A família se torna, assim, uma parte significativa do problema e fator de sua amplificação. O tratamento estendido aos demais membros da família torna-se importante também para compreender a maneira como lidar com as implicações do alcoolismo e poder lidar satisfatoriamente com o problema.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A profissão de Policial Militar é caracterizada por uma série de fatores que podem desencadear o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, principalmente em função de condições geradoras de estresse a que são submetidos em sua rotina laboral. Na Polícia Militar de Santa Catarina, policiais adictos têm acesso a tratamento ambulatorial, internação e grupos de mútua-ajuda.

O presente trabalho foi realizado a partir da possibilidade de realização de Estágio Curricular no Setor de Serviço Social do HPM, o qual coordena o trabalho com grupos de mútua-ajuda para recuperação de dependentes químicos, tanto de membros da Polícia Militar alcoolistas, quanto seus cônjuges, no caso, somente esposas. O objetivo de levantar a importância das esposas no tratamento de seus maridos foi atingido através da participação nas reuniões dos grupos de mútua-ajuda constituídos pelas esposas de alcoolistas e pelos profissionais do Serviço Social, bem como pela posterior realização de entrevistas semi-estruturadas. A construção de uma relação de confiança com as esposas, a qual se deu principalmente durante os encontros em grupo, constituiu um fator fundamental para que elas aceitassem participar deste trabalho, contribuindo com suas experiências e vivências com um alcoolista, bem como, por certas vezes, com a abertura de situações um tanto pessoais.

Como já discutido no decorrer do levantamento bibliográfico, o alcoolismo afeta todos os membros de uma família, gerando conflitos e por fim tendendo a dissolvê-la. A esposa de um alcoolista sofre, portanto, diretamente todas as consequências negativas de um marido alcoolista na família. A esposa constitui, por outro lado, um membro familiar fundamental na recuperação do marido dependente. As entrevistas demonstraram a ativa participação das esposas nas diversas etapas do tratamento de seus maridos, sempre auxiliadas pela participação no grupo de mútua-ajuda do HPM.

Quanto ao perfil das esposas entrevistadas, estas apresentam uma média etária de 43,3 anos, todas entre 35 a 49 anos, sendo que 50% delas possuem 43 anos. O tempo de vida conjugal é em média 18,7 anos, que pode ser considerado relativamente longo, variando entre 6 e 28 anos. Os maridos apresentam tempos de abstinência em média elevados, sendo que apenas um é abstinente a menos de um

ano. As esposas têm um tempo de participação no grupo de 3 anos, em média. Nota-se ainda que a grande maioria das esposas possui ensino médio completo e têm emprego remunerado fora de casa. A renda familiar é de até 5 salários mínimos em 50% das famílias.

As entrevistas revelaram ainda que o fator de parentesco com pessoas alcoolistas é um fator muito presente em todos os casos entrevistados, confirmando estudos realizados por Vaillant (1999), Edwards (2005), dentre outros, que já demonstravam o aumento da probabilidade de filhos de alcoolistas desenvolverem a doença. Tal observação não se restringe apenas ao histórico dos pais dos atuais alcoolistas, mas também aos filhos de um dos casais, que desde cedo apresentam comportamentos sintomáticos que necessitam de um próximo acompanhamento dos pais.

No caso das esposas, o parentesco com pessoas alcoolistas também ocorre na maioria dos casos. Entretanto não se pode afirmar que o fato de algumas esposas terem um pai alcoolista influenciou em sua decisão de se casarem com pessoas com a mesma tendência, uma vez que no momento em que se casaram, a maioria dos maridos não apresentava os sintomas do alcoolismo. Tal situação ocorreu somente com a Entrevistada E, que afirmou identificar em seu marido a característica de consumir bebidas alcoólicas, mas em níveis que considerava normais.

Na amostragem realizada, o hábito de consumir bebidas alcoólicas em demasia de dois dos alcoolistas se iniciou antes do casamento, e outros quatro após. Alguns trechos das entrevistas revelam que a oferta da bebida, possibilitada por exemplo pela proximidade da residência de bares, foi um fator importante no desencadeamento da doença. Apenas em um dos casos pode-se correlacionar o início do consumo desenfreado de álcool com a função realizada pela pessoa na Polícia Militar, e as possíveis pressões emocionais.

De uma maneira geral, os alcoolistas apresentaram um padrão comportamental bastante similar, sem agressividade com a família, mas também com pouca presença em casa. Deste modo, as esposas passaram a assumir o importante papel de conduzir a casa, assumindo, além de suas atividades normais de casa e de suas atividades de trabalho fora, o controle das finanças, principalmente nos períodos de internação dos maridos. A educação dos filhos

também recaiu, caracteristicamente, às esposas, as quais procuraram encaminhá-los da melhor maneira, mesmo em um ambiente familiar muito desfavorável.

Paralelamente à condução da casa, durante a internação do marido as esposas os visitam periodicamente. As visitas têm papel importante na motivação deles em permanecerem no tratamento. Tal situação é bem caracterizada pela Entrevistada B.

Na fase atual de abstinência dos maridos, vivenciada por todas as esposas, estas influenciam decisivamente no comportamento do marido, a fim de evitar sua recaída. Uma recaída poderia ser provocada por conflitos conjugais ou familiares, ou até mesmo pela própria alimentação. O esforço das esposas para evitar qualquer motivação para a recaída do marido, é impulsionada pelo retorno à experiência de vida familiar com o marido em abstinência, frente às situações desfavoráveis vividas em períodos anteriores.

Por unanimidade, as esposas confirmam que a participação no grupo de mútua-ajuda foi, e ainda é, fundamental para que possam manter e melhorar seu comportamento e ação perante o marido e a família. Todas afirmam que pretendem continuar freqüentando o grupo, reconhecendo sua grande importância em seu equilíbrio emocional, fortemente centrado pela Assistente Social, considerada um “porto seguro”, tomando as palavras de uma das entrevistadas.

Mediante a comprovação da importância do grupo de mútua-ajuda de esposas de dependentes do HPM na recuperação de seus cônjuges, abrangendo a região da Grande Florianópolis, sugere-se que tal serviço seja disponibilizado em outras regiões do Estado. Para tanto, poderia ser disponibilizada a infra-estrutura física e de profissionais das CLINIPOMs já existentes em diversas cidades do interior do Estado. Ressalta-se que, para que seja realizado um trabalho de qualidade, se faz necessária a realização de cursos de capacitação para os técnicos coordenadores dos novos grupos.

Sugere-se, por fim, que a Polícia Militar de Santa Catarina promova encontros e seminários periódicos com a temática dependência química, com intuito de prevenir, conscientizar e informar as possibilidades de tratamentos de dependentes químicos existentes na sociedade.

REFERÊNCIAS

ABEPOM – Associação Beneficente dos Militares de Santa Catarina. **Cartilha do Associado**. Florianópolis, 2005. p. 19.

Autogestão em Saúde no Brasil. **1980 – 2005: história da organização e consolidação do setor**. São Paulo. Unidas – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2005.

BABOR, Thomas F. Controvérsias Sociais, Científicas e Médicas na Definição de Dependência do Álcool e das Drogas. In: EDWARDS, Griffith; LADER, Malcolm. **A Natureza da Dependência de Drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 35 – 60.

BALLONE, G. J. **Codependência**, 2006. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 02 nov. 2006.

BERTOLETE, José Manoel. Conceitos em Alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 a. p. 17 – 31.

_____. **Glossário de álcool e drogas**. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, 2006. p. 132.

_____. Problemas Sociais Relacionados ao Consumo de Álcool. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 b. p. 131 - 138.

BISSEL, LeClair. Diagnóstico e Reconhecimento. In: GITLOW, Stanley E.; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 37 - 81.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VII – Da Ordem Social Capítulo II – Da Seguridade Social (arts. 194 a 204).

_____. Presidência da República. Secretária Nacional Antidrogas. **Política Nacional AntiDrogas (PNAD)**. Brasília, 2004 a.

_____. Presidência da República. Secretária Nacional Antidrogas. **Política Nacional AntiDrogas (PNAD)**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2ª ed. Brasília, 2004 b.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 c.

_____. **Saúde Mental em dados**. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Ano I, nº 2. Brasília, 2006.

BUCHER, Richard. Apêndice: Por uma política de drogas no Brasil. In: BUCHER, Richard. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 313 – 323.

CARDO, Walter Nelson; BERNIK, Márcio Antonini. Alcoólicos Anônimos. Al-Anon. Alateen. In: FORTES, José Roberto de Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 304 - 310.

CODA – Co-dependentes Anônimos. **Codependência**. Disponível em: <www.codabrasil.org/>. Acesso em: 12 jan. 2007.

CRUZ, Marcelo Santos. Internação Versus Tratamento Ambulatorial. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 113 - 122.

DEL SANT, Renato; RAMOS, Renato T. Hospitalização e Tratamento do Alcoolista em Hospital Psiquiátrico. In: FORTES, José Roberto de Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 281 - 285.

DIRETRIZ DE AÇÃO ADMINISTRATIVA – **Diretriz de Procedimento Permanente Comando Geral**. Nº 002/1991.

EDWARDS, Griffith. **O Tratamento do Alcoolismo**: Um guia para profissionais de saúde. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2005. p. 344.

EDWARDS, Griffith. A Síndrome de dependência do álcool: o alcoolismo e a família. In: EDWARDS, Griffith. **O Tratamento do Alcoolismo**. São Paulo. Ed. Martins Fortes, 1987. p. 23 – 52.

ELKIS, Hélio. Definições e Critérios no Diagnóstico do Alcoolismo. In: FORTES, José Roberto de Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991 b. p. 43 - 56.

FIGLIE, Neliana Buzi. O Tratamento da Família na Dependência Química. 2004. Disponível em: < www.adroga.casadia.org/codependencia/index.htm >. Acesso em: 12 jan. 2007.

FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza; MONTEIRO, Maristela Golnadel. A Etiologia do Alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 33 - 43.

FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza; QUADROS, Isabel Marian Hartmann. A Psicologia das Dependências. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 31 - 37.

FORTES, José Roberto de Albuquerque. Histórico do Alcoolismo. In: FORTES, José Roberto de Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991a. p. 1-10.

_____. Conceito e Definição de Alcoolismo. In: FORTES, José Roberto de Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991b. p. 11 - 26.

_____. Diagnóstico do Alcoolismo. In: FORTES, José Roberto de Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991c. p. 27- 42.

FROTA-PESSOA, Oswaldo. Genética do Alcoolismo. In: FORTES, José Roberto de Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 65 - 74.

GAMBARINI, Maria Angélica. Alcoólicos Anônimos. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.217 - 222.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. **Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. v. 26, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 206.

GITLOW, Stanley E. Uma visão global. In: GITLOW, Stanley E.; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1991. p. 13 - 35.

Hospital Comandante Lara Ribas – HPM. **Regimento Interno**. Florianópolis, 1997.

HUMBERG, Lygia Vampre. **Dependência do Vínculo: Uma releitura do conceito de co-dependência**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 325.

_____. O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: **Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD, 1999. p. 112 – 126.

INFORMATIVO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR - Comandante Lara Ribas. Ano I - Nº 1. Florianópolis, 2003.

KNIGHT, James A. A família na crise do alcoolismo. In: GITLOW, Stanley E.; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1991. p. 247 - 268.

KRESTAN, Jo-Ann; BEPKO, Claudia. Problemas de Alcoolismo e o Ciclo de Vida Familiar. In: CARTER, Betty; MC GOLDRICK, Monica. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 415 – 439.

_____. Mentiras, Segredos e Silêncio: Os Múltiplos Níveis da Negação e Famílias Adictivas. In: IMBER-BLACK, Evan. **Os Segredos na Família e na Terapia Familiar**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1994. p. 147 – 165.

LACKS, Valéria; PITTA, José Cássio. A Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p.196 - 203.

LEITE, Marcos da Costa. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. 1ª ed. Brasília: SENAD, 2000. p. 26.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia do Alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LIMA, Telma Cristina Sasso de. **Serviço Social e Intervenção Profissional**. Florianópolis: UFSC, 2004.

MESSAS, Guilherme Peres. **A participação da genética nas dependências químicas**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 21, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269.

_____. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004b. p.

MIOTO, Regina Célia T. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 4. O trabalho do Assistente social e as políticas sociais. Brasília: Unb, 2000. p. 217 – 224.

NIEL, Marcelo; JULIÃO, Alessandra Maria. Alcoolismo: Conceitos Gerais, Avaliação Diagnóstica e Complicações Clínicas. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 135 – 141.

OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Eficácia da Intervenção Motivacional em Dependentes do Alcool**. 2000. p. 178. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10**. V 1. São Paulo: USP, 1996.

PADEIRO, David; CRAVIDÃO, Jorge. **A Catapulta para a dependência: Factores de risco que influenciam o consumo abusivo de álcool.** Hospitalidade : Revista de Saude Mental, Relacoes Humanas e Problemas de Marginalizacao, Lisboa , v.69, n.267 , pág. 5-9, jan./mar. 2005.

PEREIRA, Juliana Clotilde. **A atividade Policial Militar como um fator desencadeante de problemas de Saúde Mental – Um diagnóstico do Serviço Social do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina.** 2004. Monografia (Graduação) - – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

PETRY, Eliane Maria. **A Inserção das famílias no tratamento e Recuperação de drogas na Clínica Caminho do Sol: A ação do Assistente Social.** 2005. 135p. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PFLEGER, Joze. **Dependência Química: A importância de Grupos Terapêuticos no Ambiente de Trabalho.** 2005. 86p. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PIETRO, Mônica Cristina Di. Síndrome de Abstinência ao Álcool. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependência.** 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 148 – 151.

PMSC - **Polícia Militar de Santa Catarina Sinopse Histórica.** Florianópolis, 2004. Disponível em < <http://www.pm.sc.gov.br/website>>. Acesso em 12/03/2005.

RAMOS, Sérgio de Paula; PIRES, Maria Emilia Ferreira. A Família Alcoólica e Seu Tratamento. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 207 - 216.

RAMOS, Sérgio de Paula; WOITOWITZ, Arnaldo Broll. **Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso.** Revista Brasileira Psiquiatria. São Paulo, v. 26, 2004.

REGIMENTO INTERNO – Hospital Comandante Lara Ribas, Florianópolis, 1997.

REGULARMENTO DA LEI DE ORGANIZAÇÃO BÁSICA DA POLÍCIA MILITAR - LOB. Decreto nº 19.237, de 14 de março de 1983.

RIBEIRO, Marcelo. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 26, 2004.

RIBEIRO, Maurides de Melo; ARAÚJO, Marcelo Ribeiro. Política Mundial de Drogas Ilícitas: Uma Reflexão Histórica. In: MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Panorama Atual de Drogas e Dependência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457 – 468.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 334.

ROSSATO, Verginia M. D.; ZUSE, Almerinda S. Três Famílias Alcoolistas: Pontuando aspectos que se assemelham. In: LUIS, Margarida A. Villar. **Uso e Abuso de Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, SP: Legis Summa, 2000. p. 127 – 138.

SANTA CATARINA. **Cartilha do SUS**. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. 1999.

_____. **Pesquisa sobre os Critérios para a Consecução de uma Rede Integral de Saúde Mental, para o Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: SES, 2004.

SCHUCKIT, Marc Alan. **Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 356p.

SENAD. **Seminário Internacional de Políticas Públicas Sobre Drogas**. Brasília, 2004.

SHULMAN, Gerald D.; O'Connor, Robert D. Depois da desintoxicação – a reabilitação do alcoolista. In: GITLOW, Stanley E.; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1991. p. 111 – 136.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. **Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil**. In: Revista Brasileira Psiquiatria. São Paulo, v. 27, n. 4, 2005.

STEIN, Roseméri. **Conhecendo o Processo de Co-Dependência nas Famílias Adictas: Uma reflexão sobre as possibilidades de atuação do Serviço Social nas Equipes de Saúde Mental**. 2005. 81p. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SUCAR, Juçara Machado. As Drogas e Seus Efeitos. In: SENAD. **Sou Vivo, Não Uso Drogas: Formação de Multiplicadores Preventivas Sobre Drogas**. p 24 - 33.

TWERSKI, A. J. **Como Proceder Com o Alcoólatra**. São Paulo: Paulinas, 1990. p. 34.

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. **Tipos de Tratamento**, 2006. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/independencia/tratamentos.htm>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

VAILLANT, George E. **A História Natural do Alcoolismo Revisitada**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1999. 350p.

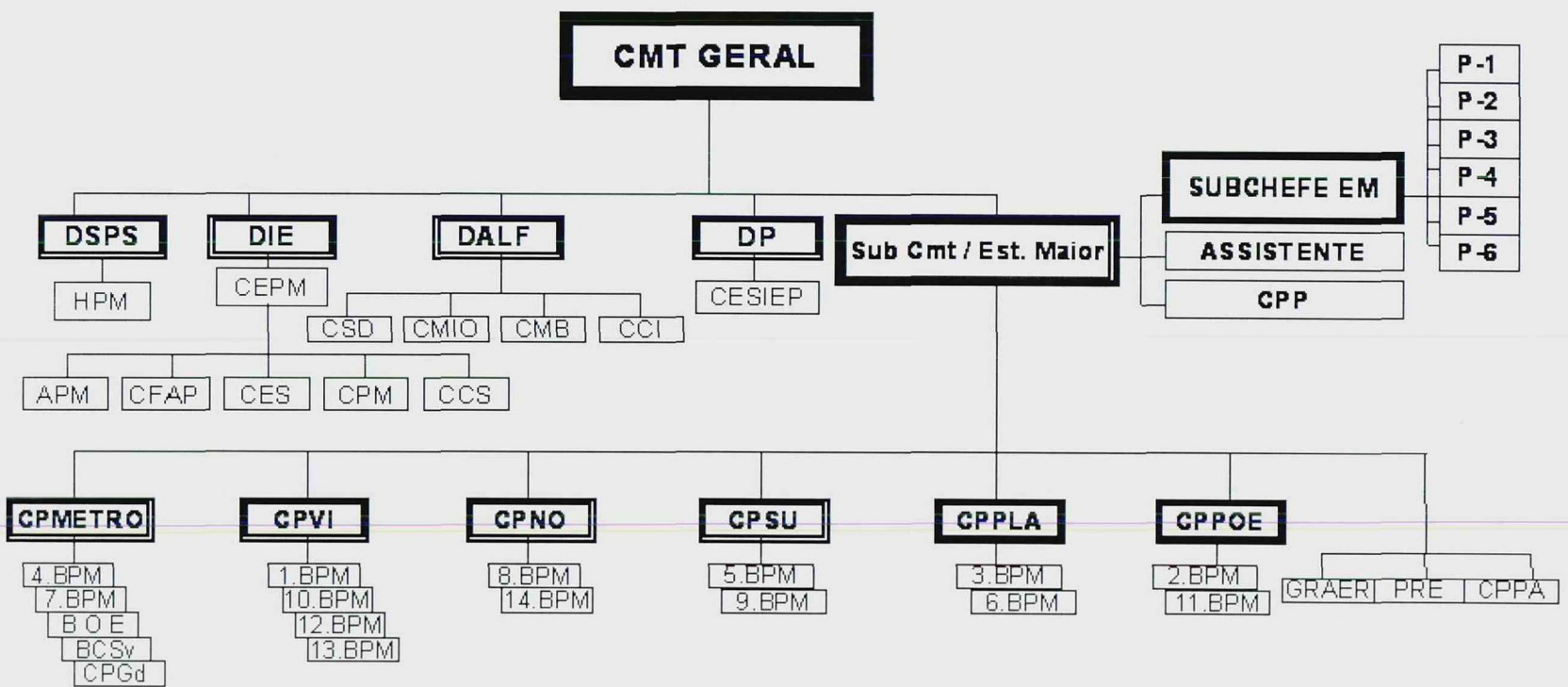
VIANA, Márcia. **Co-dependência**, 2004. Disponível em: <www.adroga.casadia.org/codependencia/index.htm>. Acesso em: 12 jan. 2007.

ANEXO A - Insígnias e divisas da Polícia Militar de Santa Catarina



Insígnias e divisas da Polícia Militar de Santa Catarina

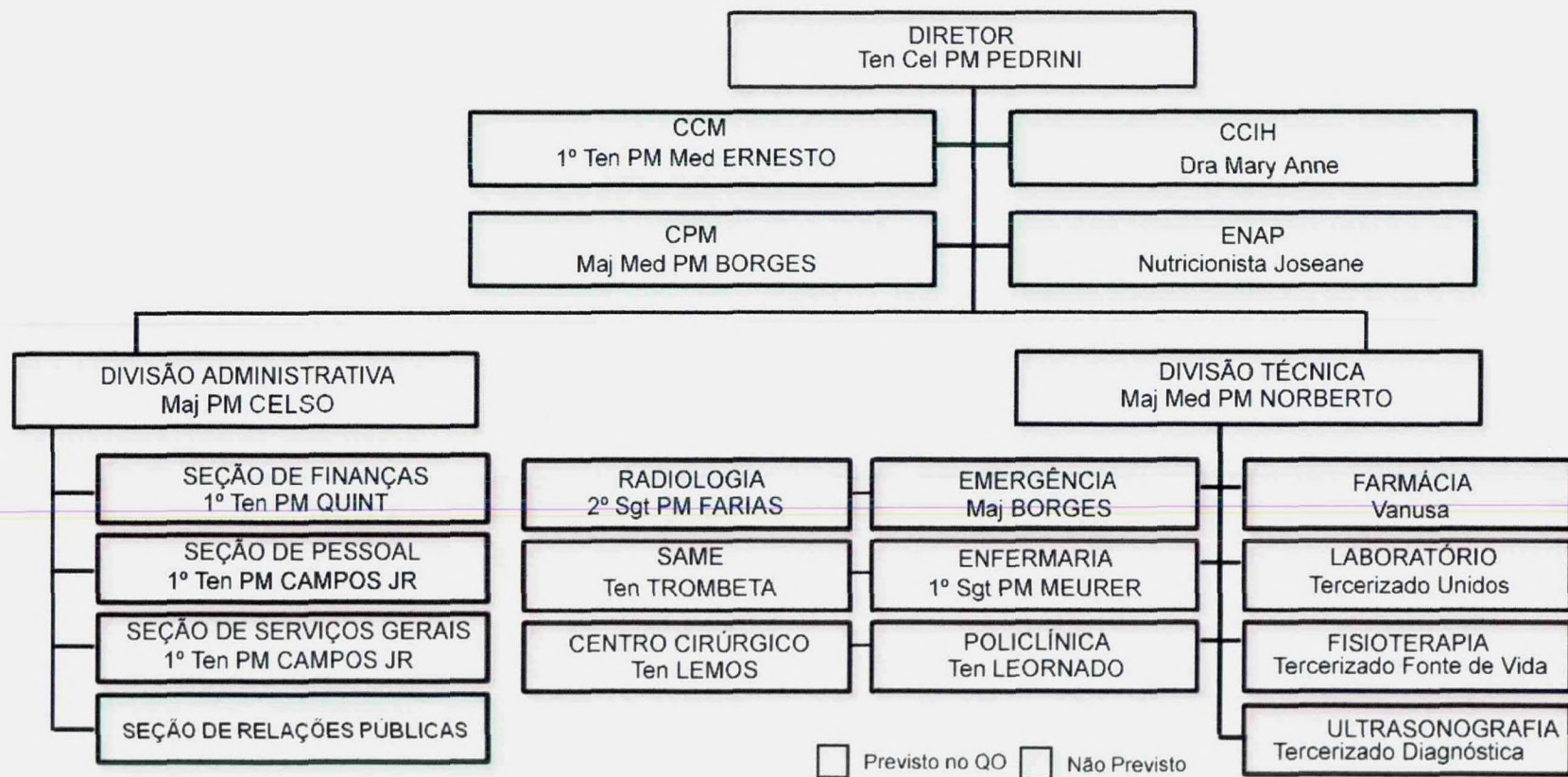
ANEXO B - Organograma da Polícia Militar de Santa Catarina



ANEXO C – Organograma do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina



Organograma do Hospital da Polícia Militar - Cmt Lara Ribas



**ANEXO D – Os Doze Passos e as Doze Tradições do CoDA -Codependentes
Anônimos**

Os Doze Passos do CoDA -Codependentes Anônimos foram adaptados dos Doze Passos do Alcoólicos Anônimos

1- Admitimos que éramos impotentes perante os outros - que nossas vidas haviam se tornado incontroláveis.

2- Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós, poderia nos devolver a sanidade.

3- Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus como nós o concebíamos.

4- Fizemos um destemido e minucioso inventário moral de nós mesmos.

5- Admitimos perante a Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

6- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7- Humildemente rogamos a Deus para que nos livrasse de nossas imperfeições.

8- Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

9- Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

10- Continuamos fazendo o inventário pessoal, e quando nós estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11- Procuramos através da prece e da meditação melhorar nosso contato consciente com Deus como nós o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e força para realizar essa vontade.

12- Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos levar esta mensagem para outros codependentes e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

As Doze Tradições de CoDA -Codependentes Anônimos foram adaptados das Doze Tradições de Alcoólicos Anônimos

1- Nosso bem-estar comum deve estar sempre em primeiro lugar; a recuperação pessoal depende da unidade de CoDA.

2- Somente uma autoridade preside, em última análise, ao nosso propósito comum – um poder superior amantíssimo que se manifesta em nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não têm poderes para governar.

3- O único requisito para ser membro da unidade de CoDA é ter um sincero desejo para relacionamentos saudáveis e amorosos.

4- Cada Grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que afetam outros Grupos, ou CoDA como um todo.

5- Cada Grupo tem um único propósito primordial – levar sua mensagem ao Codependente que ainda sofre.

6- Um Grupo de CoDA nunca deverá jamais endossar, financiar ou emprestar o nome de CoDA a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à irmandade, para que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos desviem de nosso propósito espiritual.

7- Cada Grupo deverá ser totalmente auto-sustentável, recusando assim contribuições de fora.

8- Codependentes Anônimos deverá permanecer sempre não profissional, embora nossos centros de serviços possam empregar trabalhadores especializados.

9- CoDA, jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.

10- CoDA não opinam sobre questões alheia à Irmandade, portanto, o nome de CoDA, jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.

11- Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal a nível de imprensa, rádio e filmes.

12- O anonimato é a base espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Participante Nº:

Profissão:

Escolaridade:

Idade:

Renda familiar:

Tempo de vida conjugal:

Se tem filhos? Quantos?

Tempo de participação no grupo de apoio familiar:

Tempo de abstinência do seu marido:

História familiar: Existe mais algum caso de alcoolismo na família da senhora?

E do seu marido? (pais, irmãos, pessoas significativas).

História Conjugal: Como foi o período de namoro, seu marido já era alcoolista?

Durante o período do alcoolismo do seu marido como ele se comportava?

Qual era a sua atitude para o enfrentamento do período de alcoolismo do seu marido? (ameaças de divórcio ou separação, saída de casa com ou sem filhos, volta para o lar).

Seu marido passou por internações? Quantas? Como foi este período?

Adesão ao tratamento do marido, a que atribui sua adesão? O que mudou após o início do tratamento? (casamento, vida profissional, conjugal e familiar).

Qual a principal contribuição do Grupo de apoio familiar e do profissional de Serviço Social no processo de recuperação da sua co-dependência ?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, abaixo assinado (a), concordo em participar da pesquisa de campo, que é parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, da acadêmica Grasiela de Castro Mocellin. Declaro ter sido informado (a) quanto aos objetivos da pesquisa, bem como da garantia de que minha identidade e informações prestadas serão integralmente preservadas, sendo as mesmas utilizadas unicamente para fins pedagógicos.

Florianópolis, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do Entrevistado